

- ٩٠ البحث التامع في تشخيص المشاة
٩١ الاعراض والسير
٩٢ البحث العاشر في شلل المشاة
٩٣ الاعراض
٩٤ المعالجة
٩٥ الفصل الرابع في امراض قنطرة مجرى البول
٩٦ البحث الاول في الالتهاب النزلي المجري الزهري الح
٩٧ كيفية الظهور والاسباب
٩٨ الصفات التشريحية
١٠٠ الاعراض والسير
١٠٤ المعالجة
١١٠ البحث الثاني في الالتهاب المجري النزلي الح
١١١ في امراض الاعضاء التناسلية الح
١١١ في امراض الاعضاء التناسلية لذكور
١١١ البحث الاول في السيلان المتوى الح
١١٥ المعالجة
١١٦ البحث الثاني في فقد البه الح
١١٩ المعالجة
١٢٢ في امراض اعضاء تناسل الاناث الح
١٢٢ الفصل الاول في امراض المبيضين
١٢٢ البحث الاول في التهاب المبيضين
١٢٢ كيفية الظهور والاسباب
١٢٢ الصفات التشريحية
١٢٣ الاعراض والسير
١٢٤ المعالجة
١٢٥ البحث الثاني في كياس المبيض الح

5186
101A

كيفية الظهور والاسباب	١٢٥
الصفات التشريحية	١٢٦
الاعراض والسبب	١٢٧
المعالجة	١٣٢
المبحث الثالث في التولدات المرضية الجديدة الخ	١٣٣
الفصل الثاني في امراض الرحم الخ	١٣٤
المبحث الاول في الالتهاب الرحمي الخ	١٣٤
كيفية الظهور والاسباب	١٣٤
الصفات التشريحية	١٣٥
الاعراض والسبب	١٣٧
المعالجة	١٤٠
المبحث الثاني في الالتهاب الرحمي الجوهري الخ	١٤٤
كيفية الظهور والاسباب	١٤٤
الصفات التشريحية	١٤٥
الاعراض والسبب	١٤٤
المعالجة	١٤٧
المبحث الثالث في الالتهاب الرحمي الدائري	١٥٥
المعالجة	١٥١
المبحث الرابع في تضاييق الرحم وانسداده الخ	١٥٢
المبحث الخامس في انحناء الرحم وتقوسه	١٥٤
الصفات التشريحية	١٥٦
الاعراض والسبب	١٥٧
المعالجة	١٥٨
المبحث السادس في تغيرات اوضاع الرحم	١٦٠
المبحث السابع في التولدات المرضية الجديدة للرحم	١٦٣
المبحث الثامن في اضطرابات الحبض	١٧٠

- ١٧٧ المبحث التاسع في القيحة الدموية الخ
- ١٧٨ الاعراض والسير
- ١٨٠ الفصل الثالث في امراض المهبل
- ١٨٠ المبحث الاول في الالتهاب المهبلي التزلي الزهري الخ
- ١٨٥ الصفات التشريعية
- ١٨١ الاعراض والسير
- ١٨٢ المبحث الثاني في الالتهاب المهبلي التزلي البسيط الخ
- ١٨٢ كيفية الظهور والاسباب
- ١٨٣ الصفات التشريعية
- ١٨٤ الاعراض والسير
- ١٨٥ المبحث الثالث في الالتهاب المهبلي ذي الغشاء السكاذب والدقيري
- ١٨٧ في امراض المجموع العصبي
- ١٨٧ الفصل الاول في امراض الدماغ
- ١٨٧ المبحث الاول في احتقان الدماغ واعشيته
- ١٨٧ كيفية الظهور والاسباب
- ١٩١ الصفات التشريعية
- ١٩٣ الاعراض والسير
- ٢٠٤ المعالجة
- ٢٠٧ المبحث الثاني في الاحتقان الدماغى الخ
- ٢٠٩ المبحث الثالث في انيميا الدماغ واعشيته
- ٢٠٩ كيفية الظهور والاسباب
- ٢١٢ الصفات التشريعية
- ٢١٢ الاعراض والسير
- ٢١٥ المعالجة
- ٢١٧ المبحث الرابع في الانيميا الخ
- ٢١٧ كيفية الظهور والاسباب

صحيحة

- ٢٢١ الصفات التشريحية
 ٢٢٣ الاعراض والسير
 ٢٣٥ المعالجة
 ٢٣٦ المبحث الخامس في التزيف الدماغى المعروف بالسكنه الدموية الخ
 ٢٣٦ كيفية الظهور والاسباب
 ٢٣٨ الصفات التشريحية
 ٢٤٠ الاعراض والسير
 ٢٤٩ المعالجة
 ٢٥٢ المبحث السادس في التزيف السحائى المعروف بالسكبه الدهائية الخ
 ٢٥٢ كيفية الظهور والاسباب
 ٢٥٣ الصفات التشريحية
 ٢٥٤ الاعراض والسير
 ٢٥٧ المعالجة
 ٢٥٧ في التهاب الدماغ ولفائفه
 ٢٥٧ المبحث السابع في التهاب الام الجافية الخ
 ٢٥٨ كيفية الظهور والاسباب
 ٢٥٨ الصفات التشريحية
 ٢٥٩ الاعراض والسير
 ٢٦١ المعالجة
 ٢٦١ المبحث الثامن في التهاب الام الخنونة المصحوب بنصح الخ
 ٢٦١ كيفية الظهور والاسباب
 ٢٦٢ الصفات التشريحية
 ٢٦٢ الاعراض والسير
 ٢٦٥ المعالجة
 ٢٦٦ المبحث التاسع في التهاب السحايا القاعدى المعروف بالالتهاب
 الدرئى الخ

مقدمة

كيفية الظهور والاسباب	٢٦٢
الصفات التشريحية	٢٦٧
الاعراض والسير	٢٦٩
المعالجة	٢٧٢
المبحث العاشر في الالتهاب السحائي الدماغى الخ	٢٧٤
كيفية الظهور والاسباب	٢٧٤
الصفات التشريحية	٢٧٦
الاعراض والسير	٢٧٨
المعالجة	٢٨٣
المبحث الحادى عشر في الالتهاب الدماغى الخ	٢٩٠
كيفية الظهور والاسباب	٢٩٠
الصفات التشريحية	٢٩٣
الاعراض والسير	٢٩٣
المعالجة	٢٩٨
المبحث الثانى عشر في التيمس الجزئى للدماغ	٢٩٨
المبحث الثالث عشر في اورام الدماغ والمهيايا	٣٠٠
كيفية الظهور والاسباب	٣٠١
الصفات التشريحية	٣٠٢
الاعراض والسير	٣٠٥
المعالجة	٣١٦
المبحث الرابع عشر في الانسكاب المصلى لتجويف الجمجمة الخ	٣١٧
كيفية الظهور والاسباب	٣١٨
الصفات التشريحية	٣١٩
الاعراض والسير	٣١٩
المعالجة	٣٢١
المبحث الخامس عشر في الانسكابات المصلية الخ	٣٢١

محتبة

كيفية الظهور والاسباب	٣٣١
الصفات التشريحية	٣٣١
الاعراض والسير	٣٣٢
المعالجة	٣٣٤
المبحث السادس عشر في ضخامة الدماغ الخ	٣٣٥
كيفية الظهور والاسباب	٣٣٥
الصفات التشريحية	٣٣٥
الاعراض والسير	٣٣٦
المعالجة	٣٣٧
المبحث السابع عشر في ضمور الدماغ الخ	٣٣٧
الصفات التشريحية	٣٣٩
الاعراض والسير	٣٣٩
المعالجة	٣٣١
المبحث الثامن عشر في قعد النطاق الخ	٣٣١
الفصل الثاني في امراض النخاع الشوكي ولقائفه	٣٣٤
المبحث الاول في احتقان النخاع الخ	٣٣٤
المعالجة	٣٣٥
المبحث الثاني في ثقب النخاع الخ	٣٣٦
المبحث الثالث في التهاب المهاد بالشوكية الخ	٣٣٨
الصفات التشريحية	٣٣٩
الاعراض والسير	٣٤٠
المعالجة	٣٤٣
المبحث الرابع في التهاب النخاع الشوكي	٣٤٣
كيفية الظهور والاسباب	٣٤٣
الصفات التشريحية	٣٤٤
الاعراض والسير	٣٤٥

مجمعة

- ٣٤٨ المعالجة
- ٣٥١ المبحث الخامس في التولدات المرضية الجديدة الخ
- ٣٥٣ المبحث السادس في الامسقة الخنثى الخلقى المعروف ببدء الحدية
- ٣٥٥ المبحث السابع في السل الخنثى الشوكى
- ٣٥٦ الصفات التشريحية
- ٣٥٨ الاعراض والسير
- ٣٦٦ المعالجة
- ٣٦٨ الفصل الثالث في امراض الاعصاب الدائرية
- ٣٦٨ المبحث الاول في الالتهاب العصبي
- ٣٦٨ كيفية الظهور والاسباب
- ٣٦٩ الصفات التشريحية
- ٣٦٩ الاعراض والسير
- ٣٧١ المعالجة
- ٣٧١ المبحث الثانى في الاورام العصبية المعروفة بالنيروم
- ٣٧١ كيفية الظهور والاسباب
- ٣٧٣ الصفات التشريحية
- ٣٧٣ الاعراض والسير
- ٣٧٣ المعالجة
- ٣٧٣ المبحث الثالث في الالام العصبية
- ٣٧٣ كيفية الظهور والاسباب
- ٣٧٧ الاعراض والسير
- ٣٧٩ المعالجة
- ٣٨٤ المبحث الرابع في الالام العصبية التوأى الثلاثى الخ
- ٣٨٤ كيفية الظهور والاسباب
- ٣٨٦ الاعراض والسير
- ٣٨٨ المعالجة

- ٣٩٠ المبحث الخامس في الصداع المعروف بالثقبقة الخ
 ٣٩٣ المعالجة
 ٣٩٤ المبحث السادس في الالم العصبي العنقي القمعدوى
 ٣٩٦ المبحث السابع في الالم العصبي العنقي الخ
 ٣٩٧ المعالجة
 ٣٩٨ المبحث الثامن في الالم العصبي بين الاضلاع
 ٤٠٠ المبحث التاسع في الالم العصبي الثديي الخ
 ٤٠١ المبحث العاشر في الالم العصبي القطني البطني
 ٤٠٢ المبحث الحادي عشر في الالم العصبي الوركي المعزوف بعرق النسا
 ٤٠٣ كيفية الظهور والاسباب
 ٤٠٣ الاعراض والسير
 ٤٠٤ المعالجة
 ٤٠٦ المبحث الثاني عشر في الالم العصبي الفخذي المعزوف بعرق النسا
 المقدم
 ٤٠٧ المبحث الثالث عشر في الانسازيا الجلدية الخ
 ٤٠٩ كيفية الظهور والاسباب
 ٤١٠ الاعراض والسير
 ٤١٤ المعالجة
 ٤١٥ المبحث الرابع عشر في انسازيا العصب النومي الثلاثي الخ
 ٤١٥ كيفية الظهور والاسباب
 ٤١٥ الاعراض والسير
 ٤١٧ في تشنج عضل الاعصاب الدائرية وتفرعها
 ٤١٩ المبحث الخامس عشر في التشنج العصبي الوجهي الخ
 ٤١٩ كيفية الظهور والاسباب
 ٤١٩ الاعراض والسير
 ٤٢١ المعالجة

- ٤٢١ المبحث السادس عشر في تشنج العصب الاضافي الخ
 ٤٢٢ الاعراض والسير
 ٤٢٣ المعالجة
 ٤٢٤ المبحث السابع عشر في تشنجات السكتاب
 ٤٢٤ كيفية الظهور والاسباب
 ٤٢٥ الاعراض والسير
 ٤٢٦ المعالجة
 ٤٢٦ المبحث الثامن عشر في الانقباض العضلي التشنجي الذاتي الخ
 ٤٢٦ كيفية الظهور والاسباب
 ٤٢٧ الاعراض والسير
 ٤٢٨ المعالجة
 ٤٢٩ المبحث التاسع عشر في الشلل الدائري
 ٤٢٩ كيفية الظهور والاسباب
 ٤٣١ الاعراض والسير
 ٤٣٦ المعالجة
 ٤٣٨ المبحث العشرون في الشلل الوجهي المعروف بشلل مخنة الوجه الخ
 ٤٣٨ كيفية الظهور والاسباب
 ٤٣٩ الاعراض والسير
 ٤٤٢ المعالجة
 ٤٣٤ المبحث الحادي والعشرون في شلل العضلة المستننة
 ٤٤٣ كيفية الظهور والاسباب
 ٤٤٤ الاعراض والسير
 ٤٤٥ المعالجة
 ٤٤٥ المبحث الثاني والعشرون في الشلل التشنجي لاعصاب الدماغ
 ٤٤٧ المبحث الثالث والعشرون في الشلل الذاتي للاطفال الخ
 ٤٤٨ الاعراض والسير

- ٤٥٦ المعالجة
- ٤٥١ تذييل لامراض النخاع الشوكي والاعصاب الخ
- ٤٥١ المبحث الاول في الضمور التدريجي الخ
- ٤٥٤ الاعراض والسير
- ٤٥٩ المعالجة
- ٤٥٩ المبحث الثاني في الشلل الذاتي للاطفال الخ
- ٤٦٩ المبحث الثالث في الشلل التدريجي للنخاع المستطيل الخ
- ٤٦٩ المعالجة
- ٤٧٠ الفصل الرابع في الامراض العصبية المنتشرة الخ
- ٤٧٠ المبحث الاول في الرقص الستيجي
- ٤٧٠ كيفية الظهور والاسباب
- ٤٧١ الاعراض والسير
- ٤٧٤ المعالجة
- ٤٧٧ المبحث الثاني في الصرع
- ٤٧٧ كيفية الظهور والاسباب
- ٤٨٢ الاعراض والسير
- ٤٩٠ المعالجة
- ٤٩٧ المبحث الثالث في الكزاز والتيتنوس
- ٤٩٧ كيفية الظهور والاسباب
- ٥٠٠ الاعراض والسير
- ٥٠٤ المعالجة
- ٥٠٥ المبحث الرابع في الاكلامبسيا الطفيلية الخ
- ٥٠٦ كيفية الظهور والاسباب
- ٥٠٨ الامراض والسير
- ٥١٠ المعالجة
- ٥١١ المبحث الخامس في الاستر الخ

- ٥١٦ الاعراض والسير
٥٢٥ المعالجة
٥٣٠ المبحث السادس في الشلل الارثري
٥٣٣ المعالجة
٥٣٤ الايسوخونداريا
٥٣٥ الاعراض والسير
٥٣٩ المعالجة
٥٤١ فصل في امراض الجلد
٥٤٢ في خضامة الجلد على العموم
٥٤٦ المبحث الاول في الضخامة المنتشرة للجسم الحلقى والبشرة الخ
٥٤٦ كيفية الظهور والاسباب
٥٤٧ الاعراض والسير
٥٤٨ المعالجة
٥٤٩ المبحث الثاني في الضخامة المنتشرة للجلد والمنسوج الحلقى تحت الخ
٥٤٩ كيفية الظهور والاسباب
٥٤٩ الصفات التشريحية
٥٥٠ الاعراض والسير
٥٥٠ المعالجة
٥٥٧ المبحث الثالث في الاشكال الخفيفة من التهابات الجلد الخ
٥٥٧ كيفية الظهور والاسباب
٥٥٨ الاعراض والسير
٥٦٠ المعالجة
٥٦١ المبحث الرابع في التهابات الجلد الحرق الخ
٥٦١ كيفية الظهور والاسباب
٥٦٣ الاعراض والسير
٥٦٧ المعالجة

مصحفه

- ٥٦٩ البحث الخامس في الحرس المعروف بالالتهاب الجلدى السطحي الخ
 ٥٦٩ كيفية الظهور والاسباب
 ٥٧٠ الاعراض والسير
 ٥٧٢ المعالجة
 ٥٧٣ البحث السادس في الالتهاب الجلدى السطحي الحاد الخ
 ٥٧٣ كيفية الظهور والاسباب
 ٥٧٤ الاعراض والسير
 ٥٧٥ المعالجة
 ٥٧٥ البحث السابع في الالتهاب الجلدى السطحي المنتشر الخ
 ٥٧٥ كيفية الظهور والاسباب
 ٥٧٩ الاعراض والسير
 ٥٨٢ المعالجة
 ٥٩٠ البحث الثامن في الالتهاب الجلدى السطحي
 ٥٩١ كيفية الظهور والاسباب
 ٥٩٢ الاعراض والسير
 ٥٩٣ المعالجة
 ٥٩٤ البحث التاسع في الالتهاب الجلدى المعسوب بتكون بثور الخ
 ٥٩٤ كيفية الظهور والاسباب
 ٥٩٤ الاعراض والسير
 ٥٩٥ المعالجة
 ٥٩٥ البحث العاشر في الالتهاب الجلدى السطحي المعسوب بمسيلة
 حو يصلان عظيمة الخ
 ٥٩٦ كيفية الظهور والاسباب
 ٥٩٦ الاعراض والسير
 ٥٩٧ المعالجة
 ٥٩٨ البحث الحادى عشر في الالتهاب الجلدى المعسوب بمقاعا الخ

- سطحية متعزلة الخ
 ٥٩٨ كيفية الظهور والاسباب
 ٥٩٨ الاعراض والسير
 ٥٩٩ المعالجة
 ٥٩٩ المبحث الثاني عشر في التسور يازن اي الطغم الجلدي القشري الخ
 ٥٩٩ كيفية الظهور والاسباب
 ٦٠٠ الاعراض والسير
 ٦٠١ المعالجة
 ٦٠٤ المبحث الثالث عشر في الحزاز اي الطغم الجلدي الجلي الخ
 ٦٠٥ المعالجة
 ٦٠٥ المبحث الرابع عشر في البريز جو المعروف بالحكة
 ٦٠٥ كيفية الظهور والاسباب
 ٦٠٦ الاعراض والسير
 ٦٠٧ المعالجة
 ٦٠٨ المبحث الخامس عشر في الاكثة الاعتيادية أو المتفرقة الخ
 ٦٠٨ كيفية الظهور والاسباب
 ٦٠٩ الاعراض والسير
 ٦١٠ المعالجة
 ٦١١ المبحث السادس عشر في السكوزس المعروف بالاكثة التقنية الخ
 ٦١٣ المعالجة
 ٦١٤ المبحث السابع عشر في الاكثة الوردية وتسمى بالنقط الوردية الخ
 ٦١٥ كيفية الظهور والاسباب
 ٦١٧ المعالجة
 ٦١٨ المبحث الثامن عشر في الويوس ويعرف بالقوبه الخ
 ٦١٩ كيفية الظهور والاسباب

محمية

- ٦٢٠ الاعراض والسير
٦٢٢ المعالجة
٦٢٥ المبحث التاسع عشر في السعفة
٦٢٦ الاعراض والسير
٦٢٧ المعالجة
٦٢٩ المبحث العشرون في الحر بس الطفيلي
٦٣١ المعالجة
٦٣٣ المبحث الحادي والعشرون في البتر يازس الطفيلي
٦٣٣ المعالجة
٦٣٣ المبحث الثاني والعشرون في الجرب
٦٣٣ كيفية الظهور والاسباب
٦٣٤ الاعراض والسير
٦٣٦ المعالجة
٦٣٩ في تغيرات الافرازات الجلدية
٦٤٥ تذييل
٦٤٥ المبحث الثالث والعشرون في الاسكندر ودرمى الخ
٦٤٧ المبحث الرابع والعشرون في الجزام المعروف بداء القيل اليوناني
٦٥٠ المعالجة
٦٥١ في امراض اعضاء الحركة
٦٥١ المبحث الاول في الالتهاب المصلي الخ
٦٥١ كيفية الظهور والاسباب
٦٥٣ الصفات التشريحية
٦٥٣ الاعراض والسير
٦٦٠ المعالجة
٦٦٥ المبحث الثاني في الرومازم المفصلي المزمن
٦٦٥ كيفية الظهور والاسباب

صيفة

- ٦٦٦ الاعراض والسير
 ٦٦٩ المعالجة
 ٦٧٣ المبحث الثالث في الروما تزم المفصل الح
 ٦٧٤ كيفية الظهور والاسباب
 ٦٧٤ الاعراض والسير
 ٦٧٦ المعالجة
 ٦٧٧ المبحث الرابع في النقرس الح
 ٦٧٧ الصفات التشريحية
 ٦٨٠ الاعراض والسير
 ٦٨٧ المعالجة
 ٦٩٣ المبحث الخامس في الراشنيقم الح
 ٦٩٣ كيفية الظهور والاسباب
 ٦٩٤ الصفات التشريحية
 ٦٩٧ الاعراض والسير
 ٧٠٠ المعالجة
 ٧٠٢ المبحث السادس في لين العظام
 ٧٠٢ كيفية الظهور والاسباب
 ٧٠٣ الصفات التشريحية
 ٧٠٤ الاعراض والسير
 ٧٠٥ المعالجة

الجزء الثالث من وسائل الابتهاج في الطب الباطني
والعلاج ترجمة وتأليف الطيب الحاذق الرئيس
الدكتور حضرة عزت بوسالم بيك سالم
معلم علم الامراض
الباطنية بالمدرسة
السنية الطبية
المصرية

المجلة الطبية

المقالة الثالثة

في أمراض الاعضاء البولية

الفصل الأول في أمراض الكلية

المبحث الأول في احتقان الكلية

لا ينبغي اختلاط الاحتقان الكلوي ونتائجه بالتغيرات النهائية لهذا العضو وجعلها شيئا واحدا وان كان في كل من هاتين الحالتين المرضيتين توجد بعض اعراض متشابهة كظهور الدم والمواد الزلالية في البول وتكونات مخصوصة ميكروسكوبية تعرف بالانابيب اليقية ولو كان تمييز الاحتقان البسيط عن هذه التغيرات النهائية مدة الحياة غير ممكن غالبا

(كيفية الظهور والاسباب)

يلزم لاجل فهم كيفية ظهور الاحتقان الكلوي وأسبابه واعراضه فهما فسيولوجيا معرفة أحوال الدورة الطبيعية في الكلية والفضل في تحقيق

أراءه الاقدمين وانماها على الدورة الكلوية للعلم فرجوف حيث قال انه
 ينشأ تبعاً لجاريه من جزء من الشرايين الكلوية الخاصة بالاجزاء المتوسطة
 والظاهرة للجوهر القشري الكلوي فريعات واردة تنفذ في المحافظ
 الملهية وهناك تنفرع وتنقسم وتفرع مكونة للفايف الوعائية ثم تخرج من
 هذه المحافظ على هيئة أوعية صادرة وحيث تنفرع ثانياً تنضم الى
 الاوردة الكلوية وزيادة عن ذلك يوجد بين الجوهر القشري والهرى أوعية
 مشتركة وهي فريعات شريانية ينشأ منها من جهة أوعية واردة تتكون عنها
 لفايف وعائية وأوعية صادرة ممتدة في الجوهر القشري والهرى ومن جهة
 أخرى ينشأ منها أوعية مغذية تثبت في جوهر الكلية النخاعي وبالجملة يوجد
 جملة فريعات انتهائية للشرايين الكلوية لا ينشأ منها لفايف وعائية بل أوعية
 مغذية خاصة للجوهر المذكور

فحينئذ الدم الذي يمر من اللفايف الوعائية يكابد في مروره مقاومة أعظم من
 الدم الذي يمر من الشرايين الى الأوعية الشعرية المغذية بدون واسطة
 وحيث ان ضغط العامود الدموي في الشريان الكلوي عظيم جداً في الحالة
 الطبيعية بسبب قصر هذا الشريان واتساعه فحيث ازداد ضغط العامود
 الدموي في الشرايين الكلوية ينتج عنه احتقان في الاجزاء التي فيها يكابد
 الدم مقاومة عظيمة أعني في الجوهر القشري خصوصاً في اللفايف الوعائية
 وأما الاجزاء التي تكون فيها المقاومة قليلة أعني في الجوهر النخاعي فيحصل
 فيها فقط مرعة في الدورة وأما كمية الدم فلا تزداد فيها وينعكس الامر اذا
 حصل عوق في سيلان الدم من الاوردة الكلوية فانه حينئذ يزداد تراكم
 الدم في الاوردة والأوعية الشعرية ولا يمتد ان الأوعية الضيقة المتعرجة
 الصادرة من المحافظ الملهية واللفايف الوعائية التي فيها وحيث ان امتلاء
 الشرايين الكلوية في جميع الاحوال المرضية التي يعاق فيها سيلان الدم
 من الاوردة الكلوية خصوصاً في أمراض القلب والرئتين في الواضح
 وجود اللفايف الوعائية قليلة الامتلاء في جميع أحوال الاحتقان
 الاحتباسي وحينئذ يكون افراز البول قليلاً

ومن الجائز ان للتوترات المصيبة بعض مدخل في ذلك فان الأوعية الشعرية

الكولية كما في غير هذا العضو من الاعضاء تنوع حالة امتلائها
بالموثرات العصبية

ثم ان الاحتقان الكلوي قد يكون متعديا أي توارديا وقد يكون قاصرا أي
احتباسيا من أسباب التواردي الامتلاء الدموي العام الوقتي الذي ينفع عن
تعاطي مقدار عظيم من المشروبات والاحتقان في هذا الشكل يكون غالبا
كثيرا لوضوح في الاجزاء المفترزة للكليتين والافراز البولي القزير الذي
يحصل من امتلاء الغايف الوعائية المليحية يكون واسطة في تعادل الامتلاء
الدموي العام ومنها ضخامة البطين الايسر للقلب بسبب امتلاء المجموع
الشرياني والغايف الوعائية الكولية تبتعد لذلك لم تصعب بعوائق دورية
عظيمة ومنها الضغط الواقع على الاورطي أو الشريان الحرقفي الاصلي
بواسطة أورام في البطن أو الرحم المقدمة للحمل وهذا الشكل من
الاحتقان يسمى بالاحتقان التواردي التغمي الجانبي ومن هذا القبيل
الاحتقان الكلوي الذي يحصل مدة الشعور برة في الحيات المتقطعة
ويكون ناتجا عن اضطراب الدورة في المجموع الشعري الجلدي

وفي الدور الثاني لاداء بريكت يحصل هذا الاحتقان أيضا بسبب الضغط
الواقع على أوعية الجوهر القشري بواسطة القنوات البولية المقددة
فيحصل حينئذ احتقان تغمي جانبي عظيم في الجوهر القضي ومنه ان هذا
الاحتقان قد ينبج عن تمدد في الاوعية الشريانية الكولية بسبب شلل
الدايفها العضلية ويتضح ذلك في الامراض التنجسية بالافراز البولي
الصافي القزير جدا (المعنى بالبول التنقي) ومنها أن الاحتقان الكلوي
التواردي يحصل بجوار التولدات الجديدة أو البورات الالتهابية في
الكليتين وفي مثل هذه الاحوال يوجه بالاسترخاء الذي يحصل في جوهر
الكلية وبالتد التابعي للاوعية الشعرية بسبب لين المنسوج المحيط بها
فلا يقاومها والظاهر أن الاحتقان الكلوي الذي يعقب استعمال الخراير
ويلس الكوباي أو جواهر مهيجة أخرى يحصل بهذه الكيفية فيوجه بها
كما يوجه الاحتقان الكلوي الذي يصعب الامر ارض التسمية العامة سيما
التيفوس والقرمزية والحصبه ومع ذلك فان الاصابات الكولية التي تظهر

في أثناء سير الامراض المدكورة لا ينسب جميعها بمجرد الاحتقان الكلوى بل معظمها ينسب للاستحالة الكلوية الجوهرية التي مستدكر في المبحث السابع وتحصل ولا بد بدون حصول احتقان كلوى وعين ذلك يقال في اصابة الكلى التي تحصل في أثناء الحمل

وأما الاحتقان الكلوى الاحتباسى أو التقهقرى فقال باليحدث من نفس الاسباب التي ينشأ عنها الاحتقان الكبدي الاحتباسى ولذلك يصحبه كثيرا فيحصل الاحتقان الكلوى الاحتباسى من عدة أسباب منها الآفات العضوية للصمامات القلبية الغير المتعادلة ومنها التغيرات الجوهرية للقلب اذا حصل منها ضعف في فعل القلب حالة التهوكة ومنها امراض الرئتين التي ينشأ عنها انضغاط وانسداد في الفريعات الشعرية الرئوية ومنها الاحوال التي يحصل فيها عائق في انجذاب الدم نحو الصدر ووروده اليه كما يصكون ذلك عند فعل المجهودات الزفيرية الناتجة عن ضيق في المسالك الهوائية ومنها ضيق أو انسداد كل من الوريد الاجوف السفلى أو الوريد الكلوى اما عقب الضغط الواقع عليهما أو انسدادهما بتعقدات دموية وهذا الشكل نادر الحصول واذا حصل يبلغ أقصى درجة من الشدة

* (الصفات التشريحية) *

الكلية المحتقنة تظهر في الاحوال الحديثة ذات لون أحمر داكن كثيرا أو قليلا متزايدة الحجم اما بسبب تمدد أو عيتها أو ارتشاح منسوجها بالمصل وينتج عن أو ذيماجوهر هذا العضو والمنسوج الكلوى تحت المحفظة رخاوة ولين وسهولة انفصال المحفظة عنه وفي الاحوال التي فيها تكون الاوعية الملتفة بمثابة امتلاء عظيم بالدم يشاهد انها كثيرة الوضوح عند شق المحافظ الملبية على هيئة قط مجردة كثة

وفي احوال الاحتقانات المزمنة لاسيما الاحتقانات الكلوية الاحتباسية كالناتجة عن امراض القلب او الرئة يظهر في الكلية اضطرابات غذائية اخرى فتوجد الكلية قليلة الازدياد في الحجم أو تشاهد في حجمها الطبيعي أو ناقصة عنه وذات مقاومة متزايدة ولون أحمر مستو وبالمبحث بالمكرو سكوب يوجد تغير واضح عبارة عن غم في الجوهر الخلائى مع تراكم غزير فيه من

جسيمات لينفاوية وقد يشاهد أحيانا في بعض الاصغار تقلص في الطبقة
البشرية المتغيرة للقنوات البولية وعقب انفصالها تهبط القنوات البولية
المقذقة هي منها على نفسها فيصير سطح الكلية غير مستوي ويشاهد فيه
انبعاثات سطحية تارة وتارة غائرة وقد نبه الم علم (نروبه) وغيره على الفرق
بين هذه التغيرات والاصحالات المزمنة الانتهائية للكلية التي سنشرحها
في المبحث الرابع ونسبها ببدء يكت المزم

وعند ما تظهر في الاخلية البشرية للجوهر القشري التغيرات التي شرحناها
توجد الانابيب المستقيمة للجوهر النخاعي ممتلئة بمادة شفافة باهتة تارة وتارة
مصفرة وبالضغط الخفيف على الاغرام يخرج من الحلمات سائل عكر قشطي
محتواحيانا زيادة عن الاخلية البشرية العديدة على منطبع الانابيب الذي
يكون على شكل اسطوانات مبخانة شفافة متينة

• (الاعراض والسير) •

الاحتقان الكلوي لا يكون مصحوبا بتألم بسبب قلة الغريمان العصبية
الحساسة لهذا العضو وسهولة تمدد محفظته ونوع الاحتقان التواردي
الذي مجلسه المجموع الوعائي الشرياني والفايف الوعائية لمحاظ ملبي
ينبع عنه ولا بدازد ياد عظيم في الافراز البولي حيث ان هذا الافراز متعلق
بازد ياد الضغط الجانبي الوعائي في الفايف الوعائية لمحاظ ملبي المذكورة
والغالب ان تكون هذه الظاهرة هي العرض الوحيد للاحتقان الكلوي
الناتج عن تعاطي كمية عظيمة من السوائل أو عن ضخامة القلب الايسر
او انضغاط الاورطي البطني أو الشرياني الحرقفين أو تمدد الشرايين
الكلوية والبول الذي ينفرز بكمية عظيمة في مثل هذه الاحوال يكون
قليل التركيز وذو وزن نوعي خفيف ولون باهت ويكاد لا يشتد هذا الاحتقان
بالضغط الجانبي الوعائي في التلافيف الوعائية في مثل هذه الاحوال مطلقا
بحيث ير تشع مع البول مادة زلالية أو تنزق بعض الاوعية وينسكب الدم في
محاظ ملبي وهذه المشاهدة المرضية تنطبق التجارب الفسيولوجية فان
ربط الشريان الاورطي البطني اسفل منشأ الشرايين الكلوية لا يشاهد فيه

البول الزلالي ولو كان ارتقاء الضغط الباطني للامود الدموي في الشرايين الكلوية عظيما

وينعكس الامر في احوال الاحتقان الاحتباسي الناتج عن هرق سير الدورة الوريدية الكلوية وحيث كان من المعلوم أنه مع احتباس الدم في الدورة الكلوية الوريدية يكون توتر الشرايين الكلوية على العموم قليلا فالافراز البولي لا يكون متزايدا بل متناقصا والضغط الجانبي بالعكس فانه يزداد اذ ياداعظيما في الاوعية الشعرية التي لا ينصب ما فيها من الدم في الاوردة الممتلئة امتلاء عظيما الا اذا كان توتر جدرها اعظم من توتر جدر الاوردة الكلوية بحيث لا يرتفع من جدر الاوعية الشعرية في القنوات البولية سائل دموي فقط بل يصير البول القليل الكمية متركزا فانما يحتوي على زلال وانايب ليفية بل قد تنقرق جدر هذه الاوعية الشعرية الدقيقة من اذ ياد الضغط الجانبي الواقع عليها وحينئذ تخرج مع البول كميات دموية ومثل هذه المشاهدات التي توجد في كل مرض من امراض القلب المزمنة يطابق التجارب الفسيولوجية فان ربط الوريد الكلوي بنفج منه على الدوام بول زلالي وخروج مصل الدم من الاوعية الشعرية الكلوية وانصبابه في القنوات البولية في احوال الاحتقان الكلوي الاحتباسي الشديد يشابه خروج المصل الدموي من الاوعية الشعرية الرئوية وانصبابه في الحويصلات الرئوية في احوال الاحتقان الاحتباسي الشديد المعروف بالاحتقان او بالالتهاب الرئوي الانحداري فان الالتهاب الرئوي الانحداري ليس ناتجا في الحقيقة عن تغيرات النهائية ضعيفة كما هو الواقع ايضا في التغيرات الكلوية التي نحن بصددھا

وأما شكل الاحتقان الكلوي المقول فيه بأنه متعلق باسترخاء في الجوهر الكلوي وتعدد تابعي في الاوعية الشعرية فلا يؤدي بالضرورة الى اذ ياد في الافراز البولي ولا الى تناقص فيه وانما يؤدي لارتشاح غزير من مصل الدم وازدياد في انفصال المتحصل المتساوي للقنوات البولية وفي تكونه ايضا ولذا متى شوهد عقب الافراط من المدرات البولية الحريفة أو في أثناء سير بعض الامراض التي تصطبح عادة بشكل هذا الاحتقان بول

زلاى محتو على كثير من الاناييب الموشعة بطبقة بشر يفجاز تشخيص
الالتهاب الكلى التزلى وهذه التسمية التى صارت مقبولة فى الكتب
المستجدة وان كانت غير صحيحة لعدم احتواء القنوت البولية على غشاء
مخاطى وتمية الالتهاب التزلى يعنى بها اصابة أحد الأغشية المخاطية لكن
مع ذلك يجوز اطلاق هذه اللفظة على هذه الحالة كما نطلق على الالتهاب
التزلى الرئوى

وسير الاحتقان الكلى توارديا كان او احتباسيا متى كان متعلقا باسباب
ذات تأثير وقى يكون جيدا ولا يؤدى فى حد ذاته الى الموت مطلقا وفى
أحواله الثقيلة التى فيها يكون ناتجا عن عائق فى الدورة بسبب أمراض
القلب لا يكون هو السبب فى حصول الموت بل السبب فى ذلك اضطرابات
التنفس والاستسقا ونحو ذلك من الظواهر المتعلقة بمرض القلب بدون
واسطة انما لا ينكر ان البول الزلاى يسرع فى حصول النوبة وتقدم مائية
الدم والاستسقاء العام وكذا الحالة النزلية الكلية تنتهى غالباً بسير جيد متى
آل المرض الاصلى لشفاء بحيث تعود الكلية فى جميع الاحوال الى حالتها
الطبيعية ومن النادر ان ينتج عن هذه الحالة التهاب كلى جوهرى منتشر
(المعالجة) *

الوسائل العلاجية المؤسدة على معرفة الاسباب تستفح مما ذكرناه فى
ابتداء هذا البحث وينتج من ذلك ايضا ان استعمال هذه الوسائل العلاجية
فى الاحوال التى يكون فيها الاحتقان الكلى متعلقا بمرض عموى ثقيل
لا يكون أجزاؤها بخصوص الاحتقان الكلى نفسه بل لاجل مقاومة
هواض ثقيله أخرى وزيادة عن ذلك فالاحوال التى يكون فيها الاحتقان
الكلى التواردي ناتجا عن استعمال جواهر مدرة ل البول حريفة ينبغي منع
استعمال هذه الجواهر وازالة الحرارة بقى والمراهم المهيئة الموضوعة على بعض
الجروح فانها كثيرا ما تكون سببا للاحتقان الكلى التواردي وزيادة
عن ذلك يوصى المريض باستعمال المشروبات سيما الماء العذب بكثرة والمياه
الحضية لالوسائل الغروية والزمنية كطبخ الشعير ووزر الكتبان والخطمية
ومستحب اللوز ونحو ذلك فانه ليس لها تأثير على البول المنقرض فى الكلية

وأما معالجة المرض نفسه فالمستعمل فيها الاستفراغات الدموية العامة والموضعية والمحولات الجلدية والمعووية وهذه الوسائط تستعمل متى كان الاحتقان الكلى شديدا بشرط أن لا توجد موانع تمنع من استعمال الاستفراغات الدموية المذكورة وفي الاحتقانات الكلى الاحتباسية الناتجة عن آفات عضوية مزمنة وغير متعادلة في صمامات القلب تستعمل البجتلالات لجعل تقوية الضغط الباطني في المجموع الشرياني والمقويات كالأغذية المقوية والمركبات الحديدية والنيذ وغير ذلك

المبحث الثاني في التزيف الكلى

كيفية الظهور والاسباب

التزيف الكلى يحصل من جملة اسباب منها الجروح الكلى ومرض الكلى واصابات جرحية أخرى فيها واصكثر هذه الاصابات حصولا ما ينتج عن الحصيات الكلى في الحويض وقد ذكر المعلم ريبه حالة عند شخص مصاب بحصيات كلى في الحويض كان يحصل عنده نزيف كلى كلما ركب الخيل ومنها انه يحصل هذا التزيف من تمزق الاوعية الشعرية الكلى المحتقنة احتقاناً عظيماً كما يشاهد ذلك في احوال الاحتقان الدموي الذي يعقب الدور الاول من الالتهاب الكلى الجوهرى اذا كان أو مرضنا والذي يشتمل استعمال المدرات البولية المهيجة والذي يضاهف بعض الحيات الثقيلة كالتيغوس والجدرى والحصبه والتمهم الاجامى ونحو ذلك وكثيرا ما يحدث هذا التزيف عن الاحتقان الذي يحصل في محيط التولدات الطفيلية او بعض الاستفعالات المرضية سيما الاستفعالات السرطانية ويكون في هذه الحالة غزير اجدا كما يشاهد ايضا في الاحتقان الاحتباسي الشديد الذي ينتج عن امراض القلب او امراض الرئتين ومنها انه يحصل بندرة من الذي ياتى الدموي أى حالة التغير الغذائى المجهول الذي يحصل في جدرى الاوعية ويكون ينبوعا لظهور الاعراض الاسكر بوطية والفرفرة والجدرى الدموي حصولا ذاتيا بآسباب محلية في بعض البسلاط الحارة جدا كجزيرة فرنسا وصعيد مصر (وكذا الوجه الجهرى منها) والبرازيل ونحو ذلك

ولا يعرف حقيقة سببه معرفة تامة والغالب ان منشأ طفيلي

(تنبیه) كثيرا ما يشاهد البول الدموي المحلى بمصر مقرا عند بعض
الافاض من عدة سنين وبالمبحث المكمركوب يشاهد فيه بعض الديدان
المسماة بالبيلاهاريسية التي استكشفتها المعلم بلهارس في دم اوردته البطن
السفلى سيما الاجوف والوريد الباب

وهناك شكل مخصوص في التزيف الكاوى وهو السدد الدموي الكاوية
وذلك يحصل كحصوله في الطحال وكثيرا ما يكون ذلك متعلقا بوجود سدد
دموية سبارة

واما السكتة الكاوية فكثيرا ما تنجم عن الجروح او الارض الشديد
وقال روكنسكى انها تحصل احيانا عند الاطفال عقب الاحتقان الكاوى
الشديد

(الصفات التشريحية)

قد ينصب الدم في الاخية الطبيعية لجوهر الكلوية بدون تغير واضح
في تغذيتها وبهذه الكيفية يحصل كدم وبقع حر مختلفة الاتساع يسيل منها
الدم عقب شقها وتوجد هذه البقع الدموية اسفل الطبقة الغمدية وفي
نفس جوهر الكلوية وفي الجندى ومما تله من الاحوال المرضية يكون
القضاء الحادى لمويض يحوار البقع الايكوزية في الجوهر الكاوى متولنا
بلون احمر منتظما ونجينا جدا (اى مرشعا بالدم) وسطحه الظاهر غير مستو
واما السدد الكاوية فتظهر اذا كانت حديثة على شكل بورات حمدا كثة
ذات شكل مثلثية فتصفر فرجة الكلوية وعند مكث هذا التجمع الدموي
زمن طويلا يبيت لون البورة في مركزها ثم يستحيل الى مادة مصفرة جبنية
وقد يتجلل ويقد فينجم عن ذلك خراجات كاوية محتوية على صديد مصفر
يحتوى ابتداء على جريئات من الجوهر الكاوى المتلاشى ثم على كرات
صديدية وبالجملة فقد تمت من هذه المواد الجبنية أو الصديدية فيبقى محل
السدة الدموية الكاوية انبعاث كاوى ندبى

واما السكتة الكاوية فجلسها الجوهر النخاعى غالبا ويتكون في جوهر

الكلىة المتفرقة بوجهات مختلفة العظم محتوية على دم منعقد وبقا بامثلة
من القنوات البولية ويظهر ان كلاس السدد الدموية والبورات السكتية
يشفى بعد كابتة للاستحالة الشمية وامتصاص مقصلا فيختلف ذلك
نذب القامية منسكة وأما الدم الذى ينسكب فى القنوات البولية فقد ينقد
جزء منه ويتكون عنه اسطوانات ليفية مرصعة بعكرات دموية كثيرة
وقد يوجد فى الاخلية البشرية لقنوات البولية وفى المحافظ الملبية كرات
يجمعية حبيبية وهى مقصلات انكابات دموية قديمة

(الاعراض والسير)

التريق الكلى لا يمكن تشخيصه الا اذا انسكب الدم فى القنوات البولية
وخرج جزء منه مع البول ولذا يشاهد بكثرة فى جفة بعض الاشخاص كدم
أو بورات سكتية أو سدد دموية بدون ان يظهر عنها اعراض مدة الحياة
وذلك لعدم وصول الدم الى القنوات البولية ويكتسب البول فى الاحوال
التي يكون فيها مزوجا بكمية قليلة من الدم لونا حمرا ومعا مخصوصا عند سقوط
الضوء عليه ولونا احمر قانيا كثيرا أو قليلا عند مرور الضوء فيه وعند تركه
ساكنيا يرسب منه راسب ممرغالى واذا غلى البول المحتوى على الدم أو
أضيف اليه نقط من حمض النتريك يترسب منه راسب لالى آت من مصل
الدم وبالبحت الميكروسكوبى عن هذا الراسب يشاهد فيه كرات دموية أما
متغيرة أولا ومن الامور المشخصة للتريق الكلى وجود الاسطوانات الليفية
المرصعة بكثير من الكرات الدموية وهما كبحث كيمائى للبول منسوب للعلم
هل به يفسر لطبيب معرفة وجود الدم فى البول ولو قليلا وذلك ان بعض
البول المراد البحت عنه ثم يضاف اليه محلول البوتاسا الصكاوية وبعض
ثانيا فينثذ ترسب الاملاح الفسفاتية مع المادة الملونة للدم التى تنسكب
الراسب لونا اصفر حمرا ومعا عند النظر اليه بالضوء الساقط ولونا احمر قانيا
عند النظر اليه بالضوء النافذ وحيث ان كلاس المادة الملونة للبول والصفرا
لا يرسب مع الاملاح الفسفاتية فلا ينسب لون البول الذى بهذه المثابة
لكلتا المادتين الملوطين والاحوال التى يكون فيها البول مزوجا بكمية
عظيمة من الدم يكون لونه احمر داكنا واحمر ممر او عند تركه ساكنا

يتكون في قاع الناء جلبة دموية ولا يندران فقد جزء من الدم في المثانة
وحينئذ يكون خروج الانقادات الدموية من المثانة مصحوبا بالام شديدة
وقد ينقص الدم مدة مروره من الحالبين فينشأ عنه الاعراض المعروفة
بالنقص الكلوى ويخرج مع البول اذذاك تعقدات دموية مستعيلة ودودية
الشكل مكتسبة شكل الحالبين

ثم ان سير التريف الكلوى يتعلق بسير المرض الاصلى والتريف الكلوى
الناشئ عن حصيات في الحويض يظهر زمانا فمنا عقب المجهودات الجسمية
الشديدة غالباً وأما التريف الكلوى الناشئ عن تولدات مرضية جديدة سيما
السرطان فيكون عادة مستعصيا وخريرا وأما التريف الكلوى الذى يصعب
التغيرات الاتهابية والامراض التهميه العامة وكذا الذى ينشأ عن
احتقانات احتباسية شديدة والذى يكون ظاهرة اسكر بوطية ويندران
يكون خريرا جدا وأما التريف الكلوى الوطنى في البلاد الحارة جدا فغلبه
يحصل فقددهوى خرير دورى والتجمعات الكلوية الدموية المعروفة بالسد
الكلوية التى فيها يكون البول حمزا بقليل من الدم يتبدئ حصولها
أحيانا بقشعريرة والام شديده فى القسم الكلوى وفى مهبانوى شديده ومتى
وجدت هذه الاعراض أعنى القشعرير وقال الام فى القسم الكلوى والقشعريرة
والبول الدموى عند شخص مصاب بمرض فى القلب سهل تشخيص السدد
الكلوية التى يعسر تشخيصها جدا عند عدم وجود الاعراض المذكورة
وتصلح السكتة الكلوية باعراض مماثلة لتلك لكن تاتكون أكثر
شدة منها

وانتهاء التريف الكلوى لا يمكن تايانه مع التفصيل الا بذكر المرض الاصلى
وبالجمله فالتريف الكلوى الذى يهلك المريض بسبب خزارته هو الذى يكون
متعلقا باستحالات سرطانبة أو تكونات حصوية كلوية أو الشكل الوطنى
الموجود فى البلاد الحارة جدا

• (المعالجة) •

معالجة التريف الكلوى ينبغى فيها أولا مقاومة كل من الاحتقان
والالتهاب الكلويين أو المرض الاصلى العموى المتعلق هو به وفى الاحوال

التي يقيم فيها الطبيب اجراء ذلك مع المجاح لا يحتاج فيها التزيف الكلوي
في حد ذاته لمعالجة مخصوصة لكن الامور التي يكون فيها غزيرا كالشكل
الناتج عن الحصيات الكلوية أو المرطبان ينبغي فيها معالجة مخصوصة
خوفا من غوكة المرى والموصى باستعماله في مثل هذه الاحوال التجريد
الشديد في القسم الكلوي بواسطة مثانة مملوءة من الجليد والحمامات الجلوسية
الباردة والحقن الباردة أيضا واستعمال الجواهر الموقفة للترىف من الباطن
على التعاقب لاسيما التنسين الذي ينفر من الكلية على هيئة حمض
العصيك وبذلك يؤثر على الصفر الذي تأثيرا موضعا وزيادته عن ذلك
يمكن في الاحوال الشديدة الخطر استعمال الجويدار أو الجويدارين لكن
بمقدار عظيم وأما الاستحضارات الحديدية فتفعتها مثل هذه الاحوال
انما هو لاجل مقاومة فقر الدم

* (التهابات الكليتين) *

هناك التهابات كلوية تصيب الكليتين في أصغار محدودة على شكل
بورات محدودة (نمى بالتهابات الكلوية المحدودة) ثم التهابات أخرى
تتمدد على الكلية وتكاد دائما تصيب الكليتين معاً أي أن واحد من هذه
الالتهابات أمراض يرتك الآتية آنفا

* (المبحث الثالث) *

في داء يرتك الحاد المعروف بالالتهاب الكلوي الحاد المنتشر وبالتهاب
الكلوي اللينى الحاد أي ذى الغشاء الكاذب

* (كيفية الظهور والاسباب) *

يعني بداء يرتك شكلان من الالتهاب الكلوي فالاول الذي نحن بصدد
وهو الحاد بطابق بالكلية للتغيرات التشريحية للعالم الديكي والالتهاب
الرئوي اللينى وذلك أنه من جهة يؤدي لتكون نضج لينى منعقد مائي
للقنوات البولية ومشغل على الاخيلة البشرية والكران الدموية المنسكبة
ومن جهة أخرى يكون تقريبا ذا سير حاد على الدوام وعندها قليل ينتهي اما

بالشفاء وهو الغالب أو بالموت ويندر أن يستعمل إلى الشكل الثاني وهو المزمن
الذي هو عبارة عن التهاب كلوى جومرى وسنتكلم عليه في البحث الثاني
ومن ذلك يتضح وجه جعل داء بريكت الحاد مرضاً مستقلاً على حدته وتمييزه
عن المزمن وأما تسميته بالالتهاب الكلوى ذى الغشاء السكاذب كماجر بنا على
ذلك في الطبقات المتقدمة فليس فيه كبير فائدة فإني اعترف أن من المشكوك
فيه كون النضج المائي للقنوات البولية والسائل لها متكوفاً من مواد ليفية
منعقدة كما في الالتهاب الحنجري والرئوي الليفين كما أني لا أنكر أن الاخلية
البشرية لقنوات البولية في هذا المرض تكون مشتركة بدرجة عظيمة في
الاضطراب العدا في التهابي أكثر منه في الاخلية البشرية الحنجرية
والرئوية في التهاب الحنجري والرئوي الليفين

ثم إن داء بريكت الحاد يكون أولاً مضاعفة كثيرة للحصول للقرمزية ومن
المشهور عند العوام أن موت الأطفال بالاستسقاء الدمى عقب القرمزية
منسوب لعدم الاحتراس لحمد فيقال أن تغيير الملابس بسرعة قبل انتهاء
المرض بالسكية أو تعرض الأطفال للهواء البارد هو السبب في حصول
الاستسقاء والمهلك وينبني على ذلك الاعتقاد تأسف كثير من الأمهات
لزعهن اثنين فرطن في المرض على أولادهن من البرد ومن الجائز أن ينشأ
عن تأثير البرد على الجلد مدة القرمزية في بعض الأحوال هذا المرض
وأقل ما هناك يساعد على حصوله لكن في أغلب الأحوال ليس الأمر
كما ذكر فإن التسمم بالسقم القرمزي ينتج عنه زيادة عن التغيرات الجلدية
على الدوام تغيرات في الحلق والسكيتين وهي في أغلب الأحيان عبارة عن
مجرد احتقان في هذه الاعضاء وتؤدي لحصول الاعراض التزلية في الحلق
أي الذبحة القرمزية ولا عرض الاحتقان الكلوى التواردي الشديد
المدكور في البحث السابق لكن هناك أويضة قرمزية خبيثة فيها تتماثل
الاضطرابات الغذائية في الاعضاء المذكورة جداً ففي مثل هذه
الأحوال يكاد يحصل على الدوام بدلا عن التهاب التزلي للحلق التهاب
دخيري وبدلا عن الاحتقان الكلوى البسيط التهاب ذو غشاء سكاذب
في القنوات البولية وفي مثل هذه الاويضة يهلك عدد عظيم من الأطفال

بالاستسقا العموى ايا كان الاحتراس وفي اورية اخرى تبقى الاطفال سليمة
من ذلك ولومع عدم الاحتراس واما حصول الالتهاب الكلى المتفتر
المنى من الميازما الحصبية او التيفوسية او الاجامية فانه نادر

ثانيا قد يحصل داء بريكت الحاد مدة سير التيفويد الهيمى واعتبار بعض
الاطبا كونه مضاعفة لازمة لهذه الحالة بل سببا اصليا لهذا المرض التايبي
لهيضة الكثير الحصول غير واضح ونحن وان لم نقل بهذا الرأى الا تخير
لما شهدنا كثرة هلاك المرضى المصابة بالتيفويد الهيمى عقب اقراز بولى
زلاى غزير لا نذكر كثرة مضاعفة داء بريكت الحاد للتيفويد الهيمى وليس
من المعلوم جيدا ان كان الالتهاب الكلى ذوالغشاء الكاذب فى مثل
هذه الاحوال ينسب لوقوف الدورة وكثافة الدم فى الدو والجليدى الهيمى
الذى ينتج عن احتقان الاوعية الشعرية الكلى واندادها بسبب تراكم
السكرات الدموية وخروج سائل الدم وانسكابه فى القنوات البولية او الى
تعمم الدم وان هذا الالتهاب الكلى وكذا بقية الالتهابات التى تشاهد
فى التيفويد الهيمى تنسب لتعمم الدم بالعم الهيمى

ثالثا يندر جدا حصول داء بريكت الحاد عند الاطفال السليمى البنية
عقب الرض على قسم الكلية واستعمال الجوهر المدرة للبول الحريفة
وتأثير البرد أو اسباب أخرى مجهولة

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى تشاهد فى جثة الاطفال الذين هلكوا بهذا المرض
تطابق تبعا للمعلم فريركس التغيرات التى تشاهد فى الدور الاول أى دور
الاحتقان والنضج الابتدائى للالتهاب الكلى الجوهري المعروف بداء
بريكت المزمن فتظهر الكلية متزايدة فى الحجم والوزن بحيث تسكتسب ضعف
الحالة الطبيعية تقريبا وتكون ذات سطح أملس ومحفظتها الشفافة محتقنة
سهلة الانفصال عن جوهرها والجوهر القشري الناتج عن انثقاعه واحتقانه
ازداد حجم هذا الصويكون ذو اللون احمر كالب او احمر سمير كثير او قليلا هشا
سهل التفرق وعند شقه يميل منه سائل لزج دموى وتظهر على سطحه بل
وفى طبقاته الغائرة نقط محمرة داكنة وكذا الاجسام الهرمية تكون محتقنة

مخططة بخطوط محجرة وكثيرا ما يوجد في كؤوس الكلية وحويضها سائل عكر
دموي وبالجث بالمكرسكوب لا يشاهد منسوج الكلية متغيرا تغيرا عظيما
والقفايف الوعائية تكون كثيرة الوضوح بسبب احقانها بالدم ويكاد يوجد على
الدوام انسكاب دموي في المحافظ المهيبة وفي القنوات البولية ومن ذلك
نتج النقط الجر التي ذكرناها وكذا يوجد بين القنوات البولية وتحت الطبقة
الغمدية نضج التهابي والقنوات البولية خصوصا الجوهر القشري تكون
ممتلئة بمواد ليفية منعقدة واذا ضغطت على الكلية المنقشة خرج منها السائل
شبه دفيء بالبحث بالمكرسكوب المواد الليفية المنعقدة على شكل اسطوانات
مستوية فتكون على شكل القنوات البولية كأنها منطبعة فيها ومسكثرا
من هذه القنوات ما يكون مغلى باخية بشرية وكرات دموية واما الاخلية
البشرية فلا تكون متغيرة تغيرا عظيما

(الاعراض والسير)

هذا الداء يظهر احبانا حال ابتدائه بنوبة قشعريرة تعقبها حارة عمومية واللم
شديد في القسم الكلوي وهذه الاعراض تكاد تصطبج على الدوام بقي
سمبا توى كثيرة الشدة أو قليلها بل التي العرضي هو العلامة اللازمة لمرض
الكلية زيادة عن الحمى والالم في القسم الكلوي ولذا على الطبيب ايماء أهل
الاطفال المصابين بالقرضية بالالتفات الى هذا العرض ونذب الطبيب
للإسعاف حين طرؤه وزيادة عن ذلك فحس المرضى بزحير بولى متكرر ولكن
لا يخرج كل مرة الا نقط قليلة من البول وقد يحصل تناقص عظيم جدا في
الافراز البولي بحيث ان الذي يخرج منه في مدة أربع وعشر ين ساعة لا يكون
الا بعض أو أقل قليلة وهذا البول يكون ذا وزن نوعي ثقيل ويظهر فيه وقتيا
لون مدموم وغالبا يكون متعكرا واذ اللون أحمر سمروا ح كما اضيف اليه مواد
وسنة ويكتسب كل من الراسب والبول نفسه هذا اللون الوسخ بحيث يتيسر
للطبيب الماهر تشخيص هذا المرض تقر يما يجرى النظر وتكون كمية
المواد الزلالية المحتوى عليها البول عظيمة جدا بحيث اذا غلى أو اضيف اليه
بعض نقط من حمض الازوتيك انعقد منه نحو النصف أو الثلث واذا بحث عن

الراسب بالمكسر سكوب يوجد فيه اخلية بشرية بكثرة تأتي من القنوات
والمساك البولية وكية عظيمة من الكرات الدموية واسطوانات ليفية
مرصعة بكرات دموية أيضا ويحصل ارتشاح استسقاء عام في هذا المرض
وكثيرا ما يصل في اغلب الاحوال الى اقصى درجة بسرعة بحيث
يتفتح كل من الوجه والايدي والاطراف السفلى وتوتر الجلد يكون عظيما
جدابسب الانتفاخ العظيم الحاد بحيث ان ضغط الاصبع يزول بسرعة
وللارتشاح الاستسقاء في هذا الداء ميل عظيم للتنقل كما يشاهد ذلك
في التهاب الكلى الجوهرى بحيث ان بعض الاجزاء يتفتح والبعض
الآخر يزول انتفاخه

وفي الاحوال التي يكون فيها سير هذا المرض جيدا تزول الانقادات الليفية
السادة للقنوات البولية فيزداد افراز البول ويصير غزيرا وتنقص مادته
الزلالية وتزول أيضا الاستسقاء العام الذي ينسب هنالوق الافراز البولى
أكثر من نسبته لتنقص المادة الزلالية من الدم وفقره وسيلته وفي الاحوال
المديدة جدا قد ينتهى المرض في مدة اسبوع أو اسبوعين بدون ان يخلقه
هو اقرب مضرة

وفي أحوال كثيرة قد ينضم لمجموع اعراض هذا المرض اعراض التهاب
الرئوى أو البليوراوى أو التامورى أو البر يتوفى الحاد وهذه المضاعفات
هى التي تكون سببا في هلاك المرضى المصابين بهذا المرض

وفي احوال اخرى اندر من السابقة قد يؤدي هذا المرض للتسمم البولى ومن
الواضح ان انقطاع الافراز البولى ينتج عنه تراكم مواد غريبة في الدم تؤثر
تأثيرا مضر في التغذية ووظائف الاعضاء المختلفة فنسب ذلك ابتداء لتراكم
البولينا في الدم حيث كانت أكثر العناصر الصلبة للبول وجودا ومعرفة
وقيل ان تراكمها فيه ينتج عنه التشجبات والتخدر وشلل المجموع العصبى
بتمامه ففى ظهرت هذه الاعراض عند شخص معه انقطاع في افراز البول
يقال انه مصاب بالتسمم البولى ثم ذهب فريركس في العصر الاخير الى عدم
نسبة مجموع هذه الاعراض لتراكم البولينا في الدم بل لكريونات النواشدر
المختصلة من تحلل البولينا لكن رفض هذا رأى الاخير فحينئذ

يبقى ان تقول لا نعلم حقيقة تركيب المواد الغريبة التي تبقى في الدم عقب
انقطاع الافراز البولي فتؤثر في البنية تأثيرا مضر اثم ان مجموع اعراض
التسمم البولي وان كان نادر الحصول في احوال الالتهاب الكلوي الذي نحن
بصدده الا انه من المهم بالنسبة للحكم على عاقبة هذا المرض ومعالجته علم
نسبة التشخيص والحد من مدة سير هذا المرض لحالة التهاب وتضيق في الدماغ
بل من تسمم الدم وفساد تغذية الدماغ بالمواد الغريبة المتحمل بها الدم فان
هناك احوالا كثيرة فيها يزول كل من التشخيصات والحد من عقب رجوع
الافراز البولي مع الغزارة ويسير المرض سيرا جيدا

وقد يستقبل داء بريكت الحاد الى الالتهاب الكلوي الجوهري اى داء
بريكت المزمن وفي مثل هذه الاحوال النادرة التي وان حصل فيها تحسين
وقتي لاشفاء تام يسير البول الزلاي مع المريض حتى تنضج اعراضه

(المعالجة)

تستعمل الاستفرغات الدموية الموضعية بواسطة العلق أو المحاجم
التشريطية بنجاح في الاحوال الحديثة وفي الاثنا عشر أصحاب البنية القوية
وتكرر هذه الاستفرغات الدموية عند الاقتضاء ان لاح نجاحها باول مرة
في الغالب واما الاستفرغات الدموية العامة فتجنب غالبا لانها تعين على
فقر الدم المهدد بمصولة هذا المرض وكذا ينبغي تجنب استعمال الجواهر
المعروفة بمضادات الالتهاب كالزيتون الحلو واما استعمال الحمامات الحارة
ولف الجسم بعنق بلقايف من الصوف لاجل احداث عرق غزير فيفضل
جداعن بالها المعرفات التي تعطى من الباطن ومنشرح هذه المعالجة تفصيلا
هي واظهار نجاحها الجيد في البحث الاتي عند الكلام على الالتهاب
الكلوي الجوهري واذا كان مع المريض اسالك ينبغي استعمال بعض
المسهلات الشديدة كالجلبة والسناة المسكي والراوند اذ بتأثير هذه الجواهر
على سطح الامعاء الباطن واحداثها افراز امصليا غزير يمكن ان تؤثر تأثيرا
جيدا في الاستشفاء العام ولوان هناك احوالا يحصل فيها اسهال غزير جدا
ومع ذلك يحصل تقدم وازداد عظيم في الاستشفاء المذكور والاجودى

المشروبات عند انحطاط هذا المرض المياه المعدنية الحضية الغازية وينبغي ان يعطى من هذه المياه مقدار عظيم جدا فانه بازدياد الضغط الجائش في اللقايف الوعائية والافراز الغزير منها يمكن دفع المواد اليغيبية السادة للقنوات البولية وقذفها واما المدرات البولية الحريفة فلا ينبغي اعطاؤها لوجود حالة النهائية في الكلية وفي اثناء النقاهة وكذلك في الاحوال المستطيلة تفضل الاغذية المحتوية على كثير من الزلال بكمية عظيمة والكيما والاسهضانات الحديدية والكيمنية لاجل مقاومة فقر الدم

المبحث الرابع في داء بر يكت المزمن المعروف بالالتهاب الكلوى الجوهري (كيفية الظهور والاسباب) *

في الالتهاب الكلوى الجوهري يعترى الاخلية البشرية للقنوات البولية التغيرات الواصفة لباقي الالتهابات الجوهريية فتتفخ ابتداء عقب ارتشاحها بمادة زلايلة انتفاخا عظيما ثم يكابد مقصلا استعمالا شحمية وبذلك تسهيل الاخلية البشرية تدريجا الى حبيبات شحمية ثم يزول غلافها الخاوى وحينئذ تظهر نقطة شحمية سايبة في القنوات البولية وفي اثناء حصول هذه التغيرات الرثة التي تكايد ها الكلية يحصل في القنوات البولية تجمع نضج ليني غالبا في بعض الاحوال يحصل غوفي المنسوج الخاوى بين جوهر الكلية والضمور الكلوى الذي يحصل فيما بعد هو الانتهاء الاعتيادى الذي يعقب التغيرات النهائية المذكورة

ثم ان الالتهاب الكلوى الجوهري مرض كثير الحصول والاستعداد للاصابة به في سن الطفولية اقل منه في بقية اطوار الحياة وتصاب به الذكور اكثر من الاناث والاشخاص الضعفاء البنية المنهكون اكثر من الاقويا ولذا تصاب به الفقراء لكثرة تعرضهم للتوترات المضرة اكثر من الاغنياء واما الاسباب المقيمة لهذا المرض فهي اولاً تأثير البرد والرطوبة الشديدة الوتمية لاسيما تأثيرها المستمر ولذا يشاهد هذا المرض بكثرة في البلاد الباردة كالكثرة وهولنديه والسويد وشواطى المانيا وسواها الشواطى الشمالية

والشرقية ثانياً قد يحصل من الإفراط في استعمال المسدرات البولية
 الحريضة ومن استعمال السكابة الصيني ويلزم الكوباي بغير احتراص
 ثالثاً وهو الأكثر من الإفراط في المشروبات الروحية ولذا يكثر وجود هذا
 المرض عند الأشخاص المدمنين على تعاطي المشروبات الروحية كما يكثر
 وجود السبروز الكبدي عندهم والتوجيه الفسيولوجي في ذلك غير واضح
 لكن حيث ثبت بالتجارب الجديدة أن جميع الكؤل المتنص لا يحترق في الدم
 بتمامه كما كان يظن سابقاً بل ينقل منه جزء عظيم على حالته مع البول
 فمن الجائز أن التغير الكلوي يكون سببه تأثير الكؤل على الكلية تأثيراً
 موضعياً عند الأشخاص المفرطين من تعاطيه كما يؤثر في أحداه لسبروز
 الكبد رابعاً كثيراً ما يضاف هذا المرض التقيحات المزمنة وتسوس
 العظام وتتركزها ولذا يوجد في فاعات الجرحى بكثرة ولوان هذه التأثيرات
 المرضية المذكورة تحدث الاستحالة النشوية الكلوية أكثر من أحداثها لهذا
 المرض ومع انشالنا نعلم التوجيه الفسيولوجي والارتباط السببي بين هذه
 الأحوال المتهاكة المذكورة والمرضى الذي نحن بصدده نرى أن حصول هذا
 المرض في مثل هذه الأحوال ليس أكثر من حصول غيره من الالتهابات التي
 تضاهي تلك الأحوال المرضية المتهاكة كالتهاب الرئتين والبلور والتامور
 والبريتون ونحو ذلك خامساً كثيراً ما يحصل الالتهاب الكلوي الجوهري
 لأشخاص مصابين بأحوال سوء التقنية المختلفة كالنقرس والراشيسم
 والداء الزهري والحنازيري والتهنم الأجمي وفي مثل هذه المراكز
 كثيراً ما يحصل الالتهاب الكلوي الجوهري كما تحصل الاستحالة
 الدهنية وأما حصول الالتهاب الكلوي الجوهري عقب الاحتقانات
 الاحتباسية للكلية الناتجة عن أمراض في القلب أو نحو ذلك فليس من
 القريب للعقل وإنما نظن أنه كان يحصل الالتباس بين التغيرات المرضية
 المذكورة في البحث الأول وبين هذا المرض وكذا لا تعتبر الجل من الأسباب
 المحدثة لهذا المرض فإن البول الزلال الذي كثيراً ما يشاهد في أثناء الجل
 لا يتعلق في الغالب بالتهاب جوهري في الكلية بل باستحالة جوهريّة فيها
 كما سندكره في البحث السابع

* (الصفات القشرية) *

لأجل سهولة بيان التغيرات القشرية يحدث هذا المرض يميزه ثلاثة ادوار تبعا
لقرار كرس

الدور الاول ينشأ من مصادره في الجنّة وفيه تكون الكلية محتقنة ومتزايدة في
الطهر رخوة والاخلية البشرية تكون قليلة التغير واما القنوات البولية
فيوجد فيها نضج ليني انبوي وحينئذ تظهر الكلية في هذا الدور جميع
الصفات القشرية المميزة التي ذكرناها في الالتهاب الكلى التي هي الحاد
وانما تكون التغيرات هنا أقل درجة في الشدة

وأما الدور الثاني أي دور النضج وابتداء استعماله ففيه يزداد أيضا كل من
حجم الكلية ووزنها الطبيعيين وتكون ذات سطح أملس ماعدا بعض
الاصفرار فانه يوجد فيها تصبغات مرتفعة وتتناقص قوام هذا العضو
ويجسه نزع غلافه الخاص ولونه الذي كان ابتداء أحمر مبرأ أو أحمر
داكنا يصير مصفرا كثيرا أو قليلا وتتناقص كمية الدم فيه فالتلافيف
الوعائية لمحافظة ملبى لا يمكن مشاهدتها بالنظر العاري على هيئة
نقطة محمرة وعند شق الكلية ترى ان ازدياد حجمها ناتج فقط من
انتفاخ الجوهر القشري انتفاخا عظيما بحيث يكون قطره أضعاف من
نصف قيراط الى قيراط ولا تشترك الا هرام في اللون الاصفر الذي اكتسبه
اللون القشري بل تبقى حافظة لونها الأحمر والبحث المكروسكوبي ترى
القنوات البولية للجوهر القشري متسع ذات تمددات جيئية دوالية
ويوجد في باطنها اخلية بشرية منتفخة ومغصها يكون اخذالي
الاستحالة الشصية فتوجد اما اسطوانات ليفية مرصعة بكرات شصية او
مواد شصية مسهرة جيئية وهي عبارة عن الاخلية البشرية التي اعتراها
الفساد واما المحافظ الملبية فيوجد بعضها باقيا على حاله الطبيعية وبعضها
متمددات عددا عظيما واخلتها البشرية منتفخة ومتعكة بواسطة كرات
شصية وتجو يغلها محلى بنضج عديم الشكل بحيث لا تعرف الغلاف

الوعائية الخالبة من الدم بجميع الصفات التشريحية الكلية في هذا الدور تنضج من عدد القنوات البولية الذي يعقبه ولا بد انضغاط او عينة الكلية وكذا من ظهور المواد الشخصية في باطن القنوات البولية كما يتضح من ذلك عظم حجمها ولونها الممتقع الصفراوي اذ يدعش الطبقة القشرية الحاصلة في قنواته هذا التغير المرضي وعدم انضغاط اللغاف الوعائية ووجود التهابات الصغيرة على سطحها الظاهر الناجمة عن ازدياد تمدد بعض القنوات البولية

واما الدور الثالث اى دور الضمور ففيه يتناقض كل من حجم الكلية وزنها بحيث تظهر صغيرة جدا واخف وزنا من الحالة الطبيعية وسطحها لا يكون املس مستويا كما في الدور السابق بل يكون ذات تحدبات وتجيئات منفصلة عن بعضها بآبار سطحية وقوامها لا يكون رخوا شيا كما في الدور السابق بل يكون يا ساسا نادر تكون الطبقة الغمدية سمكة وملتصقة بجوهر الكلية التصاقا متينا بحيث يعمر زعمها عنه ويصبر لون الكلية اسفروضا مبيضا جدا بهذا المياذيب وعند شق الكلية يرى الجوهر القشري في حالة ضمور عظيم جدا وقطره متناقص بحيث لا يكون الا جوية رقيقة حول الاجسام الهرمية وبالبحث المكروسكوبي يرى في موازاة التحدبات والتهبيات المذكورة تمدد عظام في القنوات البولية والمحافظة الطبيعية وعملية جواد شخصية واما في هذا المياذيب فتكون هذه القنوات خالية هابطة على نفسها على هيئة مادة لبيقة غير واضحة وكذا المحافظة الطبيعية تكون ضامرة وتظهر على شكل حكرات صغيرة مملية بنقط شخصية واللغاف الوعائية الموجودة في باطنها تكون غير واضحة بالكلية وكذا من البحث المكروسكوبي يتضح لنا في هذا الدور التغيرات التي تشاهد بالنظر اعني كلامنا من ظهور الكلية وتلاشي الجوهر القشري ووجود الانعاجات والتحدبات السكابة في محاذات القنوات البولية التي لم تزل مقددة وعملية جواد شخصية

وتختلف الصفات التشريحية متى حصل في المنسوج الخلوي الضام لجوهر الكلاغموز اذ عايتري الاخلية البشرية من التغيرات اذ في هذه الحالة

توجد المحافظ الملبجية محاطة بطبقة كثيفة دائرية من أخلية المنسوج
الخلاوي أو من منسوج خلاوي تام التكوين والقنوات البولية محاطة كذلك
بنسوج خلاوي جديد التكوين ومنفصلة عن بعضها بالان منسعة وقد
تكون الطبقة القمعية الخاصة بالمحافظ الملبجية والقنوات البولية مستقيمة
الى حالة مريضة مخنوسة ويندر وجود آثار بورات سكبوية في الكلية في هذا
المرض كما ذكره فريكرس وتكون على هيئة بورات مستديرة الشكل من
حجم حب الشهدا تخرج الى المصفر وهي نتيجة احتقانات شديدة سابقة ذات
لون أصفر مسمر وكذا ينسدر وجود نراجات صغيرة وبكر وجود كياس تنفج
غالباً في مثل هذه الاحوال عن تمدد عظيم في القنوات البولية ناتج عن
انسدادهما من جهة واحدة وازال البولي في القاع يف خلف محل الانسداد
وهناك أحوال عديدة من هذا المرض لا تكون فيها التغيرات المذكورة
عمدة ولا متقدمة كما شرحناه بل تكون قاصرة على القنوات البولية الملتفة
بجوار الأهرام فيوجد فيها امتناع مصفر ويستدل بالمكربسكوب على
الاستجابة المبتدئية في الأخلية البشرية وهذه الدرجة الخفيفة من هذا
المرض التي هي درجة انتقال للرض الذي سنشرحه في البحث السابع
تصاحب التقيحات المستطيلة والد يسكر ازيات المزمنة ومع ذلك ففي مثل
هذه الاحوال تدير تقي الاثهاب السكوي الجوهري لدرجة الامتداد
والشدة التي بينها هاهنا تقدم

* (الاعراض والسير) *

الالام في قسم الكلية تبعاً لما شهدتنا ليست من الاعراض الملائمة
للالتهاب السكوي الجوهري الزمن الذي نحن بصدده خلافاً لما جرى
عليه كثير من المؤلفين انما اذا ضغط على القسم السكوي ضغطاً شديداً
احس المريض بتعب وألم خفيف لكن هذا التألم يحس به أيضاً بعض
الانضاض السامين متى ضغط على قسم الكلية ضغطاً شديداً وكما قيل
في زيادة الحساسية والتألم في قسم الكلية يقال أيضاً بالنسبة لتناقص
الافراز البولي فانه ينسدر ان يستدل المرضي به على اصابتهم بمرض تعيق مهم

في الكلية فانه لو شغل المريض بعد ثبوت تشخيص هذا المرض بالاستسقاء
 القحبي ووجود البول الزلالي عن تناقص الافراز في اثناء سير مرضه
 لاجاب غالباً بالنفي بل ربما يذكر انه من ابتداء حصول الاستسقاء بل وفي
 اثناء وجوده كان البول ينقل في بكمية عظيمة فينشأ لواجب مريض
 مصاب باستسقاء من يجواب بمائل ذلك دل هذا تقر يبا على تعلق هذا
 الاستسقاء بأفة من منة في الكلية واما ان لاجاب بتناقص الافراز البول
 تناقصا واضحا من ابتداء ظهور الاستسقاء التدريجي عنده فيدل هذا ولا
 بد على ان الاستسقاء ليس متعلقا بمرض الكلية بل باقية في الرتين او القلب
 ولا ننكر ان قول المرضى في كثير من الاحوال بازدياد الافراز البول قد يبين
 على خطأ فان التطلب المتكرر للبول وهو ظاهرة ناشئة عن حالة
 سمبوتية للثانة تحصل احيانا في داء بركت المزمن كما تحصل في الحاد منه
 ولو بدرجة قليلة تلجئ المريض للقول بانه يتكرر التطلب للبول ينقل
 كذلك كمية عظيمة أيضا وقياس كمية البول مع الدقة في اربع وعشرين ساعة
 اتضح منه في كثير من الاحوال ان كميته لا تصل الى الحالة الطبيعية
 وفي احوال اخرى تكون كالتطبيعية وفي غير ذلك من الاحوال تفوق عن
 الكمية الطبيعية وينسدر حصول تناقص عظيم في الافراز البول يكاد
 يرتقي الى الانقطاع وان حصل كان وقتيا واضطراب الافراز البول وتغير
 احواله في التهاب الكلى الجوهرى المزمن مستغرب بالكلية فان
 تناقص الافراز البول القليل الكثير المشاهدة يمكن توجيهه بسهولة لان
 انسداد عدد كثير من القنوات البولية مع انتفاخ اخليتها البشرية
 واستسقاءاتها المرضية يعوق ولا بد جريان البول وانضغاط عدد عظيم من
 الغايف الوعائية يعوق كذلك افرازه واما توجيه بقاء كمية البول على
 حالتها الطبيعية بل وازديادها احيانا ولو مع تسرع جريان البول وهو
 افرازه فسر كما ان من العصر ادراك توجيه معرفه ازدياد الافراز البول
 في الدور الثالث من هذا المرض اعني في الزمن الذي فيه تضرر الكلية
 وتهبط وينسدر عدد عظيم من القنوات البولية والمحافظة للمليحية فانتا
 ولو اعترفنا بان لصفامة البطين الايسر تأثيرا في ازدياد الافراز البول

بازدياد الضغط الجانبي في الغايب الوعائية التي لم تنزل محفوظاً وبذلك يسرع
 ترشح السائل منها لكننا لا نعتبر ان هذا انما يترقوى جداً بحيث ان يعادل
 ازدياد الضغط الجانبي في الغايب المذكورة فقد عدد عظيم منها وكذا
 الاحتقان التواردي التفسمي الجانبي في الغايب الوعائية المصونة عن التغير
 المرضي الذي يترتب على انسداد الاوعية في الاجزاء المصابة من الكلية
 غاية ما فيه ان يوجه لنا عدم تناقص الافراز البولي تناقصاً عظيماً لا ازدياده
 عن الحالة الطبيعية وبالجملة فمن القريب العقل ان قعر مصل الدم من المواد
 الزلالية له تأثير في ازدياد الافراز البولي اذ من المعلوم أنه بضغط متساو يغد
 من غشاء حيوي مقدار عظيم من السائل الزلالي قليل التركيز اكثر من سائل
 كثير التركز لكن الظاهر ان هذا الامر غير كاف في توجيه ازدياد الافراز
 البولي الكثير المشاهدة في الدور الثالث من داء بريكت المزمن ثم انه تبعاً لما
 ذكرنا لا يدل كل من آلام القسم الكلوي ولا التغيرات الواضحة في الافراز
 البولي على الاصابة الكلوية الثقيلة غير ان معرفتها ليست عسرة من منذ
 ما تفقه الحاذقون من اطباء البحث عن بول المرضى بالذقة فالمرضى تلجئ
 الى الممارسات عقيب حصول الاستسقاء عندهم ومتى صار التشخيص ونفي
 أسباب باقي الاستسقاء قوى الظن بان ذلك ناتج عن داء بريكت فالبحث عن
 البول يؤيد ما ذكر وبذا يتأكد التشخيص وأما في الطب العملي بين المرضى
 من العامة فيعرف هذا المرض من حذاق اطباء قبل ظهور الاستسقاء عندهم
 وظهور هذا المرض في معظم الاحوال يكون بالكيفية الآتية وهي ان
 المرضى تستنعر بتناقص في قواها منقذ من طويل ويكتسب لون الجلد
 والاعشية المخاطية الظاهرة لونها متعاليها عن الدم ويتحقق عندهم ان جميع
 الوظائف لم تنل تامة على حالتها الطبيعية ولا يعلمون سبب الضعف وامتقاع
 اللون والطبيب المندوب لا يجد بالبحث الجيد ظواهر مرضية في باقي الاعضاء
 التي تظهر فقر الدم وضعف القوى فيبحث عن البول فيجده كثيراً من المواد
 الزلالية حينئذ يتضح سبب الاضطراب المذكور ولا حاجة الى التوضيح بان
 الفقد اليومي لكبة عظيمة زلالية من الدم تبلغ في اربع وعشرين ساعة من
 اثني عشر الى عشرين جراماً يمكن استعاضته بواسطة الجواهر الغذائية

زيادة عن القدر العضوي الطبيعي الجسم وبعبارة أخرى بان الشخص الذي
يفقد من دمه من ١٢ الى ٢٠ جراما من المواد الزلالية يوميا يصير ولا بد
منه قاعليل الدم ضعيف القوى

وحيث انه بالبحث عن البول يمكن معرفة هذا المرض قبل طرق الظواهر
الاستباقية وبمدها من الواجب بيان أوصاف البول في هذا المرض فنقول
البول المنفرز يكون ذا لون أصفر لما عا ولكونه أكثر كثافة ووجهة من البول
الطبيعي بسبب احتوائه على المواد الزلالية يكون أكثر غوة وعمكثد غوته
زمن أطول يلزمه عن البول الخالي من الزلال ووزنه النوعي يكون متناقصا
بسبب تناقص البولينا وكذا الاملاح فيه سيما الاملاح الكلورورية
الصودية مالم يطرا على المريض امراض حمية وتناقص احتواء البول
على البولينا في ابتداء هذا المرض لا ينبغي ان ينسب لاحتباسه في الدم بل
الذي يظهر انه في هذا المرض الذي يكون فيه البول خفيفا رهيفا والتبادل
العنصري ضعيفا يتناقص تكوين البولينا كما يشاهد ذلك في جميع أحوال
مائية الدم وأما تناقص الاملاح البولية خصوصا الكلورورية القلوية
فيمكن توجيهه بمشاهدات المعلم صيد التي على مقتضاها يكون احتواء الدم على
الاملاح عظيما كلما كانت زلالته قليلة والعكس بالعكس ومن المهم بالنسبة
لهذه الظواهر وجود الاملاح الكلورورية القلوية في الارتشاحات
الاستباقية عند المصابين بالاستسقاء وأهمية ذلك الامر الاخير تنضح من
قلة احتواء البول على الاملاح المذكورة كلما ازداد الاستسقاء وازدياد
احتوايه عليها من الحالة الطبيعية متى حصل تناقص في الاستسقاء كما قاله
ليبرمايستر وان سمن البول (بعد اضافة نقط من حمض الخليك عليه فيما
اذا كان قلويا) واضيف اليه حمض ملح البارود انعقد الزلال الموجود فيه وكية
الاخير تكون تبعا لفرير كس من ٣ : ٥ : ١٥ في الماية والبول الزلالي
الذي يستمر في اثناء سير هذا المرض ولا يزول الا زمنا قريبا لم يتم توجيهه
توجيها كافيا ولا يعتبر الزلال في البول والنصح الاتي في مقدسلا انها يساعلى
السطح السايب من القنوات البولية فانهم يوجدان في البول بمقدار عظيم
جد ابدون تغير النهاي كالوي والذي نقول به ان احتواء البول على الزلال

نتيجة فقد أوتغير في الطبقة البشرية من القذورات البولية ومن المعلوم ان
 عنهم وجود الزلال في البول الطبيعي امر غريب بالعكسية عند
 الفسيولوجيين ولذا التجأ والقول بان الزلال يرتشح ولا بد مع ماء
 و املاح البول في الكلية وانما يرتشون في ذلك الى النظريات القليلة بان قد
 الزلال من البول الطبيعي متعلق ولا بد بوجود الطبقة البشرية في القنوات
 البولية سواء كان الزلال المرتشح يخدم لتغذية تلك الاخيلة البشرية أو بان
 كانت الطبقة البشرية تنوع بكيفية غير معلومة أحوال ارتشاح هذا
 الجوهر ونفوذه واذ ترك البول ساكنا في اناء راسب منه راسب مبيض
 وبالبحت المكرو سكوفى توجد فيه الاسطوانات اللبغية التي تكون ابتداء
 مغطاة بأخيلة بشرية على حالتها الطبيعية ثم بعد ذلك قد تكون عارية وتارة
 مغطاة بنقطة شمعية وزيادة عن ذلك يوجد في الراسب المدكور اخيلة بشرية
 آتية من القنوات البولية

ثم ان البحث عن البول من الوسائط المهمة التي يعتمد عليها في تشخيص
 الالتهاب الكلى الجوهري ولذا لا ينبغي للطبيب تأخير الشروع فيمحتى
 تظهر اعراض الاستسقاء العام اذ في كثير من الاحوال تتضح اعراض تغير
 التغذية العامة والضعف وبها تلوّن الجلد والاعشى المخاطية والضعف
 العضلي وتضع اعراض الانبيسا واضطراب التغذية العامة قبل
 الاستسقاء العام فيجب على الطبيب الاهتمام ان أمكن بالبحث عن البول
 قبل حصول هذا العارض اذ بذلك يمكن الوقوف على حقيقة هذا المرض
 قبل حصول الاستسقاء العام

ثم ان الاستسقاء هو العرض الأكثر وصفا لاء يرتك ما عدا احوال
 استثنائية يفقد فيها ويتبدى في معظم الاحوال بحالة الاستسقاء الحمى
 فاول ما ينتفع عادة الوجه والاقدام ثم الى طرف العلياء ثم جدر البطن
 ثم الصفن ومن الاوصاف الخاصة بهذا الانتفاخ الاوذ وماوى انتفاخه من
 محله بحيث يرى انتفاخ الوجه والاطراف العليا في بعض وفي آخر تنتفخ
 الاطراف السفلى او جدر البطن او الصفن مع زوال الانتفاخ في الاجزاء
 المدكورة سابقا

واذا كان المريض غير مضطجع في فراشه او ماشيا مدة النهار تكون الاطراف
 السفلى كثيرة الانتفاخ في مدة ساعات المساء واما في ساعات الصباح فيكون
 كل من الارجل والظهر والايدين والايدي أكثر انتفاخا وكلما كان تكون
 الاستسقاء القوي بطلنا ازداد قدس رونة الجلد ولذا يبقى ابتعاج الاصبع
 مدة مستطيلة من الزمن وينضم الى هذا الاستسقاء فيها بعد اعراض
 الاستسقاء الزني والبليور اوى والتامورى فاذا كان مسير الاستسقاء
 العام سر يعاجدا وصل هذا الاستسقاء في بعض اسابيع قليلة الى
 درجة عظيمة جدا وفي هذه الحالة قد يحصل من الانتفاخ الاوذى اوى السريع
 والتورم الشديد للجلد التهابات او غنغرينة فيه سيما الصفن أو الشفرين
 العظمين وفي الاحوال الشديدة جدا قد ينزق الجلد في اصفار كثيرة
 ويرتشع من سائل مصلي بكيفية غزيرة جدا ثم انه يعمر علينا توضيح
 كيفية حصول الاستسقاء العام في داء بريكت فان الاستسقاء قد يظهر كما
 ذكرنا غالبا مع غزارة الافراز الكلى وحيث لا يمكن ان ينسب لازدياد
 الضغط الجانبي في اوردة الجسم بسبب عوق الافراز البولى وهو السبب
 الذى اثنى عليه حصول الاستسقاء في التهاب الكلى البنى الحاد لكن
 مع ذلك ان حصل وقوف وقفى في الافراز البولى في اثناء سير المرض الذى
 نحن بصدده ازداد الاستسقاء بمرحلة عظيمة كما انه في الاحوال التى فيها
 يكون الافراز البولى معاقا في اثناء سير هذا المرض يكتسب الاستسقاء ولا بد
 كذلك درجة عظيمة جدا في زمن قليل والمرضى يكتسب سيرات تحت الحاد
 ولا شك في ان سوء التقنية المائى وتناقص الزلال في مصلى الدم يساعد في
 حصول الاستسقاء ففي هذا الداء الذى نحن بصدده يسير في اوهية الجسم
 الشعرية سائل قليل الاحتواء على المادة الزلالية بسبب فقدائها المستمر ولذا
 يحصل ارتشاح قوى غير طبيعى من الاوهية الشعرية في حالات المنسوجات
 ويعود الى الوردة كية قليلة من السائل الجوهرى بين الخلايا ومن المحقق
 الذى لا شك فيه ان دخول السوائل من حالات المنسوجات في الاوهية
 يزاد ويكثر كلما كان الفرق في التراكيز بين السائل المحتوية عليه
 الوردة والخارج عنها عظيما وحيث انه في التهاب الكلى الجوهرى

يكون هذا الفرق قليلا عن الحالة الطبيعية فمن الواضح كثرة خروج السائل من الاوعية وقلة عودها اليها وهناك مشاهدات اكلينيكية تؤيد تلك النظريات فقد تشاهد أحوال اكلينيكية من هذا المرض فيها يتقدم حصول الاستسقاء ويرتقى الى درجة عظيمة عقب الاستفراغات الدموية المفعولة خطأ أو التقصات القزرة وتتناقص عقب تعويضها ومع ذلك فسوء القنية المائي ليس هو السبب الوحيد بل ولا من القريب العقل انه هو السبب الرئيس في الاستسقاء الذي يصاحب داء بريكت فانتا لا تشاهد في باقي انواع سوء القنية المائي استسقا تاما عظيما كما في الداء المذكور ويظهر الاستسقاء في هذا المرض غالبا بسرعة عظيمة ولا يكون موازيا في السير مطلقا لدرجة فقر مصل الدم من المواد الزلائية كما وان تنقل الاستسقاء السريع الذي سبق ذكره في المحال التي يظهر فيها ينافي تعلقه بسوء القنية المذكور ولو استفرغنا من حيوان كيسة من الدم وحققنا وعيته بكمية من الماء بدلا من ذلك لما حصل له استسقاء وبالجمله يظهر لنا انه يوجد زيادة عن ظواهر الاستسقاء اصابات مرضية النهائية بكمرة وذلك يدل على ان كلامنا عن الارتشاحات الاستسقاوية والنضجورة مصل الدم مبنى على اضطرابات جوهرية غير معلومة بالذمة

ثم انه قد يشاهد مدة سير الالتهاب الكلى الجوهري ازيد ياد مسرعا في جميع الاعراض صعبا ازيد ياد الاستسقاء العام ازيد ياد اعظيما جدا بحيث يمتد الى التجاويف المصلية والاخلية الرئوية ويؤدي لحصول الموت بدون مضاعفات أخرى يمكن في غالب الاحوال يشاهد مدة سير هذا المرض انخطاطات وتور ان بحيث تصمن حالة المرض ويتناقص احتواء البول على المواد الزلائية ويزول الاستسقاء العام ثم عما قليل من الزمن تتناقل حالة المرض ثانيا وتشدد جميع الاعراض ثم تصمن ثانيا وهكذا يظهر المرض تقلبات مختلفة وفي مثل هذه الاحوال المستطيلة المدة يسدر ان يسفر الحال على الاعراض السابق ذكرها بل الغالب طرأ أعراض أخرى وهي عبارة اما عن مضاعفات للرض الاصل او نتائج له لا واسطية ولنذكر من ذلك ابتداء الالتهابات الرئوية والبلبوراوية والتامورية والبريتونية والمجارية لانها

كثيرا ما تضاعف داء بر يكت ولان المرضى طامعا ملك بها أكثر من هلاكها
 بظواهر التسمم البولي الا في ذكره والتهابات الرية والبليرور الخ لا تتميز
 بشئ في سيرها عن الالتهابات التي تصيب انضامات قليل الدم ويندر ان تلك
 المرضى في ابتداء حصولها بل الغالب ان يوجد في الجثة بجوار آثار
 الالتهابات الالتهابية بقايا تغيرات النهاية اخرى تقدم حصولها كالتهاق
 البليرور والور يقات التامورية وثخن البر يتون والتصاقات

ومنها التزلات الشعبية والمعوية فانها كثيرا ما تضاعف الالتهاب الكلوي
 الجوهري فالاولى لا تتميز بصفات خاصة بها ولوان افرزها في بعض الاحوال
 كثيرا ما يكون غزير ارجدا واما الثانية فانها تكاد تنصف على الدوام
 بارشاح مصل غزير وتستهوى بالكلية ويكاد يظهر ان السبب الاصل
 الذي ينتج عنه ارشاح كمية عظيمة من السائل في المنسوج الخلوي تحت الجلد
 هو الذي يؤدي الى ارشاح غزير على السطح السائب للغشاء المخاطي
 الشعبي والمعوي وحيث ان التزلات الشعبية والمعوية لا تضاعف الاستسقاء
 في جميع الاحوال لا بد وان نعترف بان كيفية ظهور هذه التزلات غير
 واضحة بالكلية

ومنها أوديميا الرئة المزمنة وهي تحصل بكثرة جدا تبعا للتجارب في أثناء سير
 داء بر يكت وتؤدي لصبر عظيم في النفس وسعال متعب للغاية ولا يندران
 يحصل قئ عند اشتداد نوب السعال وقد شاهدت عدة مرات هذه التنفس
 عند المرضى بعض زمين وزوال السعال والخير اخر الرطبة متى حصل عندهم
 مدة القئ نغت غزير

ونوب الر بولي التي يقال انها تحصل في أثناء سير داء بر يكت انما تنتج
 غالبا عن أوديميا الرئة

ومنها ان كثيرا ما يوجد عند المرضى المصابين بالتهاب كلوي جوهري
 تغيرات في القلب فانه كثيرا ما يوجد زيادة عن التصاق التامور بالقلب
 الناتج عن التهاب تاموري سابق وآفات عضوية في الصمامات ناتجة كذلك
 عن التهاب الغشاء الباطني من القلب الذي لا يندر حصوله في أثناء سير هذا
 المرض ضخامة في القلب مع افي البطين الايسر وقد ذهب العلم تزويده الى ان

ضخامة القلب انما تنتج عن اضطراب الدورة الكلى يتوازى بالفعل القلب
 ويجوده وأما مجرد وغير مفانكر واذك وكر واما ثانياً فهو ان ضخامة
 القلب تحصل أيضاً في دور داء بريكت الذى ليس فيه اضطراب دورى واضح
 في الكلى ومن الضروري جمع جملة أحوال حتى يتضح الاختلاف في ذلك
 وعلى كل حال قد تحصل ضخامة عظيمة قلبية في الدور التالى لهذا المرض
 ومع ذلك فان الاكيد ان اضطراب الدورة الكلى ليس هو السبب الوحيد
 في الضخامة المذكورة ومن المعلوم ان اعراض الضخامة ليست ككثيرة
 الواضح لكن بالالتفات لكثير من المصابين بهذا المرض يوجد ولا بد اشتداد
 في ضربات القلب أو الغايط واضحة عند تقدم الاولى

ومما التسمم البولى واعراضه تفقد في كثير من أحوال الالتهاب الكلى
 الزلاى وظهورها ما ان يكون تدريجياً أو فجائياً وفي بعض الاحوال تكون
 مسبوقه بتناقص في الاقراز البولى وفي النادر قد يحصل فيه ازدياد في
 أثناءها وقبل ظهورها متى حصل للمرضى ألم في الرأس ووقوع في حالة هبوط
 خفيف من حصول هذا العارض ويزداد الخوف متى انضم لذين العرضين قىئ
 مستمرة جداً بحيث يظن وجود افة عضوية في المعدة وجميع هذه الظواهر
 قد تزول أحياناً بدون أن تعقب باعراض ثقيلة لكن في أحوال أخرى يزداد
 انخساط المرمى فوقوعهم في حالة تنفس أو نوم عميق أو يظهر عندهم
 تشجات ذات شكل صرعى ويندر ان تكون ذات شكل تيفنومى ويعقب
 هذه التشجات ولولم تسبق بالحدرتنفس عميق مع تنفس غيرى ونوب
 هذه التشجات تكرر في أزمئة كثيرة الحصول أو قليلاً لكن الحدرت
 يتأقل على الدوام وتملك المرضى في حالة شلل عموى ولا يندران تنفس هذه
 الظواهر بحيث تنبأ بعد النوب التشجعية عن بعضها ويتناقص الحدرت وتزول
 اعراض التشنج البولى شيئاً فشيئاً لكن لا مانع من تردها ثانياً بعد بعض
 اصاييع أو أشهر ولم تقف على حقيقة الجوهر المسم الذى يمتس في البول
 فيحدث التسمم البولى كما ذكرنا في المبحث السابق بل توجيه هذا العرض
 في هذا المرض من وجه آخر اصعب مما في المرض السابق فقد شوهدت
 أحوال كثيرة من التسمم البولى مدة سير الالتهاب الكلى الجوهرى بدون

انقطاع الافراز البولي فلو كان خروج البولينا وغيره من الجواهر التي
ينبغي انقاذها من الدم في مقصد القنوت البولية تجرد نوايس
الاندوسوزلا أمممكن توجيه تراكم تلك الجواهر في الدم مع فزارة الافراز
البولى ولذا يجب علينا القول بان للاخلية البشرية للقنوت البولية
تأثير اعظم ولا بدنى تكوين البول وتركيبه وان تغيرها المرضى وتلاشيها
ينج عنه كذلك تغير فى تركيب الدم ولو انفرز من الكلية مقدار عظيم من
الماء والذي نعتقده ان نسبة الطواهر العصبية التي تظهر فى أثناء سير
الالتهاب الكلى الجوهري كالام الرأس والتشنجات والكوما ونحو ذلك
لجردتهم الدم من الامور المجاوزة لحد الحقيقة وتضم بالتسبة لبعض
الاحوال الى رأى المعلم تروية وان كان مجاوزا أيضا لحد الحقيقة القائل ان
تلك الطواهر البولية تنسب لاوذيميا الدماغ وانيمته الوعائية الشعرية وهما
يسرنى انشاررأى القائل به من منلزم من طويل بان الطواهر المعبر عنها
بطواهر انضغاط الدماغ فى أحوال انبعاثات الجمجمة والانزفة الدماغية
والاورام والمخرجات والنضوجات الالتهامية والارتشاحات المصلية التي بها
يضيق منسج تجويف الجمجمة تنسب ولا بد لعوق أو انقطاع ورود الدم
الشرياني الى الاخلية العصبية والاليسافى لهذا العضو وازداد انتشاره
شيا فنيأمن منلزم من ظهور أول طبيعة من صكتابى هذا ولكنى اعتقد
صد التجربة المعلم منك أنه ليس من الثابت ولا من القريب للعقل ان الاوذيميا
الدماغية الحادة التي تحصل فى أثناء سير داء بريصكت ليس لها سبب آخر
خلاف أسباب الاوذيميا التي تحصل فى باقى اجزاء الجسم والتي تنسب لازدياد
الضغط الجانبي فى الشرايين الدماغية وزيادة عن ذلك يظهر لى ان نسبة
جميع أحوال التسمم البولى الى انضغاط أو عية الدماغ والانيميا الدماغية
بعيد عن الحق أيضا والذي اقول به فى المسئلة التي نحن بصدد ها هو أنه فى
أحوال الالتهاب الكلى الجوهري المزمع يشاهد أوذيميا فى الاعضاء
المختلفة لم تعرف أسبابها معرفة تامة ومن الواصف لهذا الاوذيميا انها تغير
محلها كما أنه فى أثناء سير هذا المرض قد تظهر أوذيميا رثوية تارة بسرعة
وتارة ببطء وهي اما ان تؤدي الى الهلاك أو تزول عما قليل من الزمن وكذلك

الدماغ قد يصير من أسباب غير معروفة في أثناء سير داء بريكت بحسب
 لا وذيما تحت الحادة أو حادة تلك بها عدد عظيم من المرضى أو تعسن حالتهم
 وتصير مطابقة مدة من الزمن طويلة أو قصيرة بعد ما تفسر الا وذيما بحسبها
 فبعض الاحوال المعبر عنها بالتعمم البولي يكون متعلقا با وذيما الدماغ وانميته
 الشعرية الناشئة عنها وكون النوبة التسممية البولية تتعلق با وذيما الدماغ
 لا بتعمم الدم يستنبط ذلك من أمور وهي أنه متى حصلت النوبة بحالة كوماوية
 تقبله تقطع بتشخيصات اكلا ميسية وكان الافراز البولي وقت طرؤ النوبة
 على حالته الطبيعية أو متزايدا وكان طرؤه هذه النوبة معصوبا با وذيما
 شديدة في الوجه وكان عند المرضى مدة النوبة ازديا عظيم في ضربات
 الشرايين السباتية وهي علامة مهمة يستدل منها على شدة اعتلاء تجويف
 الجمجمة وحقن انصباب الدم في هذا التجويف

ومن مضاعفات التهاب السكوى الجوهري أيضا ضعف الابصار او فقدته
 بالكلية وحصول ذلك يكون اما تدريجيا أو فجائيا وقد نسب ذلك بعضهم الى
 التعمم البولي وسعى هذا العارض بضعف الابصار او السكنة البولية
 التسممية وقد استبان في زمننا هذا ان سبب هذه الالة انسكابان دموية أو
 تغيرات النهاية ذات شكل مخصوص في الشبكية حتى انه أمكن تشخيص داء
 بريكت بمجرد البعث بالافتنا لسكوب (أى المرأة العينية)

وأما مدة التهاب السكوى الجوهري وانتهائه فمختلفة فان هناك أحوالا
 فيها ينتهي سير هذا المرض في مدة من ستة أسابيع الى ثلاثة شهور وبعض
 أحوال يمتد فيها سنتين عديدة والغالب انتهائه بالموت ولو كان غالباً من
 المضاعفات لامن نفس المرض الاصل ويندر الشفا التام وان أمكن حصوله
 وكما أزم من المرض يندر انتهائه بالشفا ومتى حصل الشفا لمصاب بهذا المرض
 في مدة قصيرة يقع الشك في المريض هل هو مصاب بالالتهاب السكوى
 الجوهري أو ذي الغشاء السكاذب الذي هو أسلم عاقبة مما قبله كما ذكرنا

* (المعالجة) *

ينبغي ان يوصى في المعالجة السببية والواقية لهذا المرض بالتدبير بالصوف
 وبالبعد عن المساكن الرطبة الباردة والسكنى في المساكن الجافة الحارة

ويتجنب الخروج وقت اختلاف الاهوية وبرودتها وفي المساء البارد وتؤثر
الاشخاص المتقنون القاطنون في جهات قاسية الاهوية يقرطبتها
أو الشواطى ذات الريح القوية بتغيير محلها أو اقلها وتؤثر بالامتناع
عن الافراط من تعاطى المشروبات الروحية واستعمال المدرات البولية
الحريفة والكبابه الصبى وباسم الكوباي والافاويه ونحو ذلك

ثم ان معرفة كونه داء بريكت أمة النهاية ليس تحت ذلك كبير طابل
بالنسبة للمعالجة بحيث ان المعالجة المضادة للالتهاب لا تستعمل في أى دور من
أدواره وفي المعالجة المؤسسة على طبيعة المرض يوصى باستعمال المحولات
على الامعاء بواسطة المسهلات الشديدة والمعرفان على الجلد وسنذكر
هاتين الواسطتين العلاجيتين فيما سأتى عند الكلام على معالجة
الاستسقاء اللحمى الذى هو عرض لهذا المرض وقد أوصى فرير كس في هذا
المرض باستعمال حمض التنيك والطنب في مدحه والمقدار الذى يعطى منه
من فمحين الى ست مزروجة بخلاصة الصبر على هيئة حبوب ويعطى
هذا المقدار في الثمارتين أو ثلاث وقال انه بانقرازه مع البول على صفة
حمض العفصيك يؤثر تأثيرا جيدا في الكلية فيحدث تناقص المواد الزلالية
ومع ذلك فقد اختلف فرير كس انه وان شوهه تناقص في الزلال من البول
في الاشكال الممكنة من هذا المرض الا انه يندر مشاهدته من البول
زوالا كليا وتجاربنا الخصوصية لا تؤيد كثرة جودة هذا الجوهر الدوائى
وأما المعالجة العرضية فاقتمها يعقب بنجاح تسكين عظيم ولو اننا ذكرنا
ان الحكم على عاقبة هذا المرض غير جيدة الا ان معالجة داء بريكت لا تعد
من المعالجات الخالية عن القابذة وقد ذكرنا ان فقد الزلال من الدم هو
السبب الاصلى لالتهاب امراض الالتهاب الكلوى الجوهري ولذا كان من
اهم الامور في معالجة هذا المرض تعويض فقد الزلال بواسطة استعمال
الغذاء المقوى المحتوى على عناصر ازوتية معوضة بكثرة وجواهر علاجية
مطابقة لذلك فيعطى من البيض الطرى والالبان والامراق القوية واللحوم
المحمرة كية عظيمة بقدر ما تقبله القوة الهاضمة عند المريض فربما بذلك
يمكن تجنب حصول الاستسقاء ولذا ان المرضى ذوات الثروة المتقنين في

معيشتهم يمكنهم تحمل الزلال جملة من السنين بدون ضرر بخلاف الفقراء
فانهم يملكون بسرعة من هذا المرض وماذا لك الامن كون الاولين هندهم
مقدرة على تعويض الفقد الحاصل لهم دون الاخرين ومع ذلك يوصى
باستعمال مقدار مناسب من البوزة القوية والنبيد الجيداذن ذلك يتناقص
الفقد العنصري وتحسن التغذية والمواق من الجواهر الدوائية هي
المركبات الكينية والحديدية وكثير من الاطباء الذين لا يعترفون بشرة الطرق
العلاجية وقد منعتهم من رفض الاستحضارات الاولى وينكران لها
تأثيرا مقويا به تشتد وتقوى الالياف الاعلية للنسوجات وفي هذا العصر
الذي هو عصر رد الفعل بالنسبة للذهب القائل بفقد منفعة الطرق العلاجية
مدحت ثانيا الجواهر القوية بكثرة لاسيما الاستحضارات الكينية وعاد لها
شرفها ويظهر في الحقيقة ان لها تأثيرا جيدا على حالة التغذية وتقويتها
وذلك لكونها تنقص الفقد العنصري الغذاء وكذا الاستحضارات
الحديدية جيدة المنفعة في هذا المرض واستعمالها في محله وذلك لكون
المتناقص ليس فقط المادة الزلالية بل السكرات الدموية ايضا ولا شك ان
للاستحضارات المذكورة تأثيرا جيدا لا ينكر في تكويتها وان الاهمال في
استعمال تلك الجواهر والبحث عن وسائط علاجية نوعية واستعمال المدرات
البولية بدون تعقل عند طرؤه الاستسقاء شهادة قوية على جهل الطبيب
وقد استعملنا في هذه من الاحوال التي ذكرها الطبيب سميد وشرحها في
رسالته التدبير الغذاء البني الصرف وشاهدنا منه فجا عظيما عند كثير
من المرضى بعد ان لم يحصل ادى ثمرة من طرق علاجية اخرى لما كان يعطى
للمرضى ادى فحققت الجواهر الدوائية انما كانت تعاطى كل يوم من ليترين
الى ثلاثة من اللين (اعني من أربعة ارباط الى ستة) فبعد الاستمرار هكذا
مدة أربعة اسابيع على هذه الطريقة العلاجية البنية المذكورة امكن بعض
المرضى التي كانت في حالة يأس التخلص من الاستسقاء وازدادت قواها
وتحسن هيتها وامكنها مباشرة اشغالها واول الشاقة وفي أثناء هذه
المعالجة لم ينزل الزلال من البول بالكلية الا في حالة واحدة وأما في باقي الاحوال
فانه لم ينزل مستقرا ولا تعرض لتوجيه التأثير الجيد للمعالجة البنية المطلقة في

داهر يكت اذلا طيل في ذلك

ثم ان لم يتيسر منع حصول الاستسقاء بالكييفية السابق ذكرها اوازالته
ان كان موجودا يوصى ولا بد باستعمال طريقة علاجية معروفة ولا يرى
حصول النجاح في ذلك من الاستحضارات النوشاديرية كروح مندربر أى
خلات النوشادر السائل ولا من الاستحضارات الاقونية ولا من غيرها من
الجواهر الدوائية المعروفة بل الذى يرى النجاح فيه هو التعريق بواسطة
الحمامات الفاترة فقد شاهدت زوال الاستسقاء العظيم جدا عند المرضى في
أسيح قبله زوالا تاما متى صار استعمال حمام فاتر من درجة ٢٠ الى ٣٠
رومير كل يوم ولها مريعا بعد الحمام باحثة من الصوف مدة ساعة او ساعتين
حتى يحصل التعريق وتوليد العرق بذلك عظيم جدا بحيث أمكن تراكم نحو
الثمانين سنتيمترا مكعبا من العرق وجميع هؤلاء المرضى كانت توزن قبل
التعريق وبعدة فالتقاوم اليومية الاكلينيكية أوضحت ان المرضى
كانت تفقد من وزنها أثناء التعريق من رطلين الى ثلاثة أواربعة بل أزيد من
ذلك لسكننا لا نتذكر ان هذه الطريقة لم تعد نفعا في بعض الاحوال وان
المرضى المموكين تتأثر من هذه الطريقة تأثيرا عظيما بحيث لم يمكننا الاستمرار
على استعمالها وبالجملة تذكرنا قد شاهدنا في حالة ظهور نوب التشجات
البولية عند تناقص الاستسقاء ان التقدماتى بواسطة الجلديحدث
ولا بد تركز في الدم وبذلك يوجه امتصاص السائل بين الخلايا وحيث ان
هذا الأخير يشتمل في أحوال الالتهاب الكلى الجوهري على البولينا وغيرها
من المتصلات الافرازية فمن الجائز ان التعريق الغزير يساعد على تحمل
الدم تلك العناصر وعلى ظهور التسمم البولى لكن من البحث الدقيق في الحالة
المذكورة اتضح مع التقريب نفي وجود الارتباط السببي بين المعالجة المعروفة
وطر وظواهر البولية التسممية

ومهما قبل طبعنا نظرنا في هذا استعمال المدرات في هذا المرض فلا بد من
الانتباه اليها في الاحوال المبثوث فيها وينبغي ولا بد الاحتراز من استعمال
المدرات البولية الحريفة كبصل العنصل والزرايح وحب العرعر ونحو ذلك
من الجواهر المدر الحريفة بخلاف بعض الاملاح المدر للبول كالحطيط

وطرمات البورق وخلات البوتامة بمقدار عظيم من ٥ جرام الى ١٥ كل
يوم فان لها تأثيرا جيدا في بعض الاحوال فقد شاهدت طبيبنا استعارة
الاستسقاء بجله مرار وكان يقلص منه كل مرة باستعمال مهل اللبن مع
ملح الطرطير الذائب ومقادير صغيرة من مسحوق دوفير

ولنذكر اخيرا استعمالات المسهلات الشديدة الموصى بها أحيانا لاجل مضاربة
الاستسقاء في هذا المرض فانه بواسطة الافراز المعوي المسمى الغزير يمكن
كذلك أحداث تركيز في الدم ومساعدة امتصاص القمحان الاستسقاوية
واعظم دليل في ذلك الهبضة والملاحظات التي فعلت فيها اذ كثير اما يحصل
عقب الاستفراغ المعوي الغزير تكاثف سريع في الدم وامتصاص
الانسكابات المصلية الاستسقاوية والالتهابية ووضح شاهد على ذلك هو حالة
اكلينيكية شوهدت في اكلينيك تينجن وشرحها المعلم ليبرميستر وهي حالة
تخص مريضاً مصاباً بآفة يكت ثم هلك بالذوق منظاراً فانه في هذه الحالة
حصل تناقص كلي في الاستسقاء العام أثناء الايام الاخيرة من الحياة
عقب الافرازات المعوية الغزيرة المتكررة مع ان الاستسقاء كان عنده من
منزل من طويل ومن الموجب لمدح المسهلات الشديدة في هذا المرض
ككونه باستعمالها لا يحصل تأثير مضر على الكلية ومع ذلك فلا يلجأ
لاستعمالها الا عند الضرورة العظيمة فان المرضى تتأثر تأثيراً عظيماً والمضغ
يضطرب جداً باستمرار استعمالها والمسهلات الشديدة الاكثر استعمالاً
في الاستسقاء الدمى هي الممغ النقطة بقدر ستة سنن جرام مسحوق أو
حبوب الحنظل على شكل مطبوخ من ٤ جرام الى ٨ على ١٨٠ جراماً من
الماء (أعني من درهم الى درهمين على ست اواق من الماء) أو على شكل صبغة
(من خمس قطرات الى ١٥ ثلاث مرات كل يوم في سائل غروي)
وأوصى فريركس في التسمم البولي باستعمال الحوامض لاسيما حمض الجاويك
طبقاً للنظريات والاجود في ذلك استعمال المسهلات الشديدة والمكدرات
الجليدية على الرأس وعند اتضاح التشخيص البولية التسممية ينبغي
استعمال الحقن بالمورفين تحت الجلد أو الكلورال أو برومور البوتاس

من الباطن وعند تهديد الشلل العموى تستعمل المنبهات كالقهوة والنيبذ
والاثير وغير ذلك

المبحث الخامس في الالتهاب الكلوى الحقيقى
ويعمى بالالتهاب الكلوى الخلوى ويخرج
الكلوى والبورات الانتقالية للكللا
(كيفية الظهور والاسباب)*

في الشكلى المتقدم ذكر همام التهابات الكلية وهما داء برى عكت الحاد
والمزمن تحصل التخيرات المرضية الرثة في القنوات البولية وأما المنسوج
الكائن بينهما فلا يصاب الا بكيفية ثانوية وأما في المرض الذى نحن بصدده
النادر الحصول فتكون الاصابة في المنسوج الخلوى الضام للقنوات
البولية والمحافظة المبيجية مع بعضها

ومن الاسباب المحدثة لهذا المرض بكثرة جروح الكليتين ورضهما وندران
يكون حصولهما من اسباب مؤثرة ظاهرة وما ذاك الا اختفا وضع الكليتين
وصونهما عن المؤثرات الخارجية وأصحكثر من ذلك حصول جرحهما
بواسطة تراكم الحصوات التي في الحويض ومنها البول النوشادى المنفرد
في الحويض المؤدى لحصوله تضيق القناة البولية وانتفاخ البروستة وشلل
المثانة عقب أمراض النخاع الشوكى والتيج الذى يطرأ في مثل هذه
الاحوال يكون كما ويا لامضانيكيا ومنها امتداد تغير التهابى من المسالك
البولية الى الكليتين فانه من الواضح ان التهاب الحويض الكلوى يؤدى
بسهولة الى التهاب الكلية نفسها بواسطة امتداد التهاب منه الى جوف
هذا العضو لكن من المشكوك فيه انضمام التهاب الكلوى الى التهاب
المثانة أو السيلان المجرى بدون سعى التهاب وامتداده الى الكلية وبدون
تراكم البول المنفرد في الحويض ومنها امتداد تغير التهابى من الكلية الى
المنسوج الخلوى المحيط بها أو البريتون أو غيره من الاعضاء المجاورة ومنشأ
الالتهاب الكلوى بهذه المثابة نادر جدا ومنها السدد السيارة للارودة الكلوية
الصغيرة ودخول جواهر عفنة أو ميازمية في الدم وبذلك ينشأ الالتهاب
الكلوى المعروف بالانتقالى الذى يشاهد في أحوال التهاب الغشاء الباطن

من القلب والآفات العضوية للصمامات وجسيم الاحوال المرضية المعبر عنها
بلفظ البييميا أى التسمم الحديدى للدم وفى الامراض التسممية الحادة فاما
المنشاء السدى للبورات الاسفينية التى تحصل فى الكلية بكثرة كحصولها فى
الطحال عقب امراض القلب السابق ذكرها فلا شك فيه واما البورات
الاتقالية الصغيرة التى توجد فى الكلية فى احوال التسمم العفن للدم
والجلى النفاسية والادوار الاخيرة من التيفوس فلا يثبت على الدوام اثبات
منشاءها بواسطة السدد السيارة السابحة واما منشأ التهاب الكلى الحلقى
بواسطة المدرات الحريفة او عقب تأثير البرد فشكوك فيه

(الصفات التشريحية)

تكون الكلية فى ابتداء هذا المرض الناقض اما عن اسباب جرحية او تراكم
البول المنفرد فى الحويض او عن امتداد التهاب من الحويض أو الاعضاء
المجاورة متزايدة الحجم ذات لون أحمر داكن منتشر أو مبقع وقوامها متناقصا
غالباً وطبقاتها القمعية محتقنة منتفخة بسبب ارتشاحها سهلة الانفصال وعند
شقها يرى منسوجها غسيرا واضحا واتهاء الاغرام فى الجواهر القشرى لا يكون
ظاهرا ويخرج من سطح الشق بواسطة الضغط سائل دموى كثيف ومضى
تقدم المرض زال اللون الاحمر وصار منسوج الكلية أسمر سنجانياً ومصاباً بواسطة
ضغط النضج الالتهابى وما احتوى عليه من الاخلية القيصية على الاوهية
الشعرية للكلى بن وكل من زوال اللون الاحمر وبها تته يتبدى عادة فى أصفار
صغيرة كحب الدخن وكما تزايدت الكرات القيصية راد اين هذه الاصفار الى
أن تتكون بورات قيصية تختلط ببعضها فيما بعد وهذه الكيفية تتكون
الحراجات الكلوية الصغيرة التى تكون ذات شكل مستدير كثيراً أو قليلاً
فى الجواهر القشرى ومستطيلة فى الجواهر الحمرى ثم يعظم حجم هذه الحراجات
الصغيرة وتختلط ببعضها وبهذه الكيفية تتكون خراجات عظيمة الحجم يمكن ان
تكون شاغلة النصف الكلية أو أزيد وقد تستقر هذه الحراجات مدة مستطيلة
من الزمن على حالة تكيس أى مهاطة بكيس من منسوج خلوى دهيك وقد
تنفخ هذه الحراجات فى اتجاهات مختلفة كالحويض أو تجوف البطن
أو جهة الخارج أو فى الامعاء أو الرئتين بعدا ثقاب الحجاب الحاجز والنفاذ

بمنه الأعضاء وهناك انتهاء آخر للالتهاب الكلى الحلو الذى يشاهد خصوصاً فى الشكل المزمن منه وذلك ان المنسوج الحلو الكلى يحصل فيه مضاعفة عظيمة عقب فقد الجوهر الكلى الاصلى وفى مثل هذه الاحوال توجد الكلية ذات سطح غير منتظم أو قهديات وهذه القهديات تكون أعظم حجماً منها فى الدور الثالث لداير يكتسب المزمن وفى الميازيب بين القهديات تكون الطبقة الغندرية ملتصقة التصاقاً تاماً وهندشق هذه الميازيب لا يشاهد المنسوج الكلى بل يوجد منسوج خلوى ندى

وأما الالتهاب الكلى الاتقائى الذى ينضم لامراض القلب فليس له ميل الى التقيح سوى الاحوال الجذبة منه توجد أجزاء يابسة جرادا كثة محدودة ذات شكل اسفينى قاعدته محدودة اثر الكلية وقمته مغزوف جرتاها بالبحث الميكروسكوبى يستدل على شدة امتلاء الاوعية بجوهر دموية داكنة وانسكاب الدم فى القنوات البولية وبينها والسدد الدموية الكلى تعثرها عين الاستحالات التى مرقناها عند الكلام على السدد الدموية فى الطحال فتبتدى البورة فى امتناع اللون من مركزها ثم تتحول الى الشعا بعد ان تعثرها الاسفالة الشحمية ويمتنع النقص فيخلف ذلك ندبة التصام وأما البورات الكلى الاتقالية التى تنشأ من دخول جواهر غفنة فى الدم وفى أثناء سير الامراض التسممية العامة فانها تكون أصغر حجماً وأكثر عدداً من السدد التى تحصل فى أمراض القلب ولها أيضاً ميل عظيم للتلاشى بحيث لا توجد بورات صلبة غالباً عند فعل الصفات التشريحية بل توجد خراجات فى الكلية محاطة بها القهراء

* (الاعراض والسير)

الالتهاب الكلى الحلو الحاد غير الاتقائى قد يبتدى كبقية الالتهابات الحادة للأعضاء المهمة بقشعريرة شديدة ويصحب ذلك الام شديدة فى القسم الكلى تسكاداً لا تفقد فى هذا الشكل من الالتهاب الكلى وهذه الآلام تزداد اذ يدا اعطفاً بقليل من الضغط وتصير غير مطاعة وتمتد على طول الحالبين الى المثانة والحضبتين وتشع حتى تصل الى فخذ الجهة المرىضة والقبض العرضى الذى ذكرنا أنه من الاعراض الملازمة للالتهاب

الكلوى الجوهرى الحاد لا يفتقد في هذا الالتهاب أيضا إلا في أحوال قليلة
وافراز البول يحصل فيه عوق عظيم بسبب الضغط الواقع على القنوات
البولية ومحافظه مليحي من النضج الخلای الالتهابی والبول الذى يكون
متركزا عكرا داكنا كثيرا ما يكون مختلطا بالدم والحمى التى تصاحب
هذا المرض من ابتداءه كثيرا ما تسبب في أثناء سيره شكلا تيفوسيا
فتصير المرضى فاقدون للادراك ويعتريها الهذيان والكوما أو التشنجات
وهذه الاعراض تنسب هنا أيضا للعوق افراز البول وانحصار الدم بجواهر
افرازية وقد يقطع هذا المرض سيره في أيام قلائل ويؤدي للموت عقب
شلل المجموع العصبي

والتحقق في هذا المرض يظن بمحصوله اذا استطالت المدة بدون انعطاف
وظهرت مدقبيته نوب قشعريرة متكررة ونشأ كذلك اذا خرج مع البول
مواد قبيحة ومتى تكون خراج في أحد أجزاء الكلية وكان باقي أجزائها سليما
اكتسب المرض سيرا من مناسك الحصى لم تزل مسفرة فتنهك المرضى
وتؤدي الى الهلاك بعد زمن ما يمايى بالسل الكلوى وأما التفسيرات
التي يكتبها هذا المرض بمضاعفاته بالتهاب الحويض والمثانة أو انفتاح
الخراجات في الاتجاهات المختلفة فلا حاجة للإطالة بذكرها

وبعمر معرفة شكل الالتهاب الكلوى الخلای الذى فيه يزول الجوهر
الكلوى في بعض اصغار زوال اندر يحيا ويحل محله منسوج خلوى ندبي
والاعراض التي تشاهد عادة هي اضطراب الافراز البولى والاحساس
المتكرر بحرق البول والالم الاصح في القسم الكلوى والانتفاخان
الاوذيمياوية والاضططاط العظيم الذى يؤدي الى الحالة الكوماوية وباقي
اعراض التعمم البولى لسكن في الغالب بعمر الاستدلال على هذا الشكل
من الالتهاب بهذه الظواهر

واما شكل الالتهاب الكلوى الخلای الانتقالي فانه يختفي في الغالب مدة
الحياة حيث لا يوجد له اعراض واضحة ومع ذلك قد شاهدت ان تكون
السدادة وية العظيمة في الكليتين قد اصطبغت بنوبة قشعريرة واشتكت
المرضى بالالم في القسم الكلوى والبول المنفرز بقلة كان مختلطا بالدم فان

وحد مجموع هذه الاعراض عند مرض مصاب بافة قلبية صاغ لاعقل تقريره
تخفيض سد كلوية سيما وان أمكن اثبات وجود سد دودية في اجزاء
اخرى قبل ذلك بقليل وأما البورات الانتقالية الكلوية التي تكون في
أحوال تعفن الدم والحمى النفاسية فانها من الامور التي توجد بالمصادفة في
الصفات التشريحية ولا يظن بوجودها حالة الحياة

(المعالجة)

متى طرأ هذا المرض بكيفية استثنائية هذء منحصر قوى البنية على شكل
التهاب حاد وجب استعمال معالجة مضادة للالتهاب بقوة كالاستفرغات
الدوائية الموضعية بل والعامة واستعمال المكدرات الباردة في قسم
الكلية ثم الضمادات الفاترة فيما بعد والحمية اللازمة مع استعمال
المشروبات اللطيفة والمليئة مع تجنب الامساح لسكن في غالب الاحوال
لا يمكن اجراء معالجة قوية ومضعة لان المرضى تكون عادة منهوكة في
الامراض المختلفة التي سبقت هذا المرض ولكون اصابة الكلية هنا تحصل
بكيفية خفية فلا يكاد تعرف الا عند حصول التقيح وفي مثل هذه الاحوال
لا تكون المعالجة الاسيبيه أو عرسية فان كان المرض الاصلى الناتج عنه
تقيح الكلية والحافظ له يمكن زواله (كاحتباس البول بواسطة توسيع
التضيقات الجريبة أو طرد التجمعات الحصوية في الحويض) وجب الاهتمام
في ذلك والا فيقتصر على التغذية الجيدة والهواء الجيد واستعمال المركبات
الحديدية والسكينا والجواهر المرة لاجل حفظ قوى المرض حتى يتم الشفاء
البطي وبالجمله فمعالجة تقيح الكلية توافق معالجة التهاب الحويض المزمن
حيث ان المرض الاخير يوجب في السامعه والقيء في كل حالة اراهنه بين
التهاب الحويض التقيحي والحويض الكلوي لا يمكن الحصول عليه
بالثأ كيدغالبا

٦ المبحث السادس في الالتهاب الكلوي المحيط

أو الدائري

(كيفية الظهور والاسباب)

المنسوج الشهوي المحيط بالكلية قد يصير بدرجة مجلس الالتهاب ذاتي وذلك

في الغالب يكون عقب مؤثران جرحية أو عقب تأثير البعد في أحوال قليلة
وأكثر من ذلك حصولا استقرا كما بكييفية تابعة مع التهابات الكلية
التقيحية والحويض الكلوى وقد شاهدت حالة فيها امتداد التهاب المثاني
الناترى على طول الحالبين الى المنسوج التشمي المحيط بالكلية

(الصفات التشريحية)

التهاب المحفظة الخلوية الكلوية يؤدي غالباً للتفج بسرعة وحينئذ
يتغير لون المنسوج الخلوى وتمتلئ هالاته بالقبح وتختلط بورات القبح الصغيرة
ببعضها ثم ينشأ خراج ذو امتداد عظيم يمكن ان ينفج في اتجاهات مختلفة وفي
أحوال أخرى لا يحصل التفج بل التيبس واستتالت المحفظة الخلوية الهشة
الى طبقة ليفية سميكة

(الاعراض والسير)

ان ظهر الالتهاب الكلوى المحيط بكييفية حادة تكون اعراضه ذات
مشابهة قامة لاعراض الالتهاب الكلوى الخلوى الحاد فان كلا من الحى
الشديدة المبتدئة بنوبة لشعريرة واحدة أو متكررة والالام الشديدة في قسم
الكلية التي ترتقى الى درجة لا تطاق بالقياس العضلات المجاورة والمجذباها
وحركات الجسم يوجد في كل من هذين المرضين ومن المهم في التمييز بينهما ان
الافراز البولى لا يكون معوقا والبولى لا يكون محتلطاً بدم ولا مواد زلالية ولا
كرات قحجية في الالتهاب الكلوى المحيط غير المضاعف وان استطالت
مدة المرض وتكون خراج عظيم في اثناء سيره يوجد في القسم الكلوى ورم
بتضخم توجه شياً شياً وان اتضع الخراج في تجويف البطن نشأ عن ذلك
التهاب بر يتوفى قتال بسرعة وان اتفج في المعاء امكس حصول الشفاء مثل
ما ذكر يكون عند انفتاح الخراج فهو الظاهر اما بنفسه أو بالصناعة والاول
يحصل عادة في الظهر أسفل الاضلاع الكاذبة وذلك بعد ان تكون الالام
الظهرية قد وصلت الى ارقى الدرجات عند حركات الجسم وبعد ان تتكون
في الجزء المذكور اذ ذمها متفاوتة الامتداد وفي أحوال أخرى يفجر القبح
على مسير العقلة الابسواسية فيتكون خراج انحدارى يظهر عادة أسفل
رباط بويار

٥ (المعالجة)

يرعى في معالجة الالتهاب الكلى المحيط في الاحوال الحديثة بالاستفرغانات الدموية بواسطة العلق أو المهاجم التمر يطية والوضعيات الباردة على الجزء المؤلّم من الظهر وادخال افران معوى بواسطة الزيدى الحلو وبعض الاملاح المسهلة وفيما بعد تستعمل العمادان الفاترة وكذا الحمامات الفاترة ويُنْفَى المبادرة في فتح الخراج على حسب قانون الجراحة يدمق رقبة وابطائه على قفصه مدة من الزمن

المبحث السابع في الاستعانة الشوية للكلية

(المعروفة بالالتهاب الكلى الجوهرى ذى الاستعانة الشوية)

(أو تسهم الكلية)

لا يندران يعترى الكلية استعانة مشابهة لما يعترى الكبد والطحال بتراكم مواد في جوهرها تشابه الاخيلية النباتية عند معاملتها باليود أو حمض الكبريتيك والجواهر الغذائية الاصلية بالنسبة لتركيبها الكيمائى والاستعانة الشوية للكلية تنشأ عن نفس الاسباب التى تحدث عنها الكبد والطحال اعني بتأثير الاصابات المرضية المرمنة انثوية كالداء الزهري والتسمم الزينى والرائتسم والسل الريوى والتفجعات المزمنة لاسيما التى تنج عن تسمم العظام وتكرزها

وهذه الاستعانة تنبذ من جذر الاعوية على الدوام لاسيما جذر التلأفيف الوعائية والمرائى الصغيرة وتكون في الغالب قاصرة عليها يعترى الطبقة البشرية للقنويات البولية مع ذلك التغيرات المذكورة في المبحث الرابع ولذا ان تسمية هذا المرض بالالتهاب الكلى الجوهرى ذى الاستعانة الشوية مطابقة للمرض الذى نحن بصدده أكثر من تسميته بالاستعانة الشوية أو الدهنية وبالمبحث بالمكسر سكوب لا يمكن تغيير الكلية المصابة بهذا المرض عن التى تكون محلها لالتهاب جوهرى بسيط لكن بتأثير محال اليود على الشقوق الرقيقة المفعولة في الكلية زمانا قبل ان يتضح اللون المحمر بالتلأفيف الوعائية اتضاها عليها بمجرد النظر بحيث يمكن قبل البحث الميكروسكوبى عن النقاط الجر الصغيرة العديدة المخالفة لقون

الاجزاء المصفرة المحيطة بها فعل التشخيص التشريحي مع التأكد
تقريرا وعند البحث بالمكroskop توجد عرى التلافيف الوعائية واضحة
العرض وذات هيئة مخصوصة قليلة اللعان وكثيرا ما تظهر المحافظات المبيجة
دوائر عرضية مستوية قليلة اللعان أيضا وعند وضع اجزاء الكلية المجهرية
قبل البحث مددة من الزمن في محلول اليود المخفف تكسب لوناً أحمر مصفراً
واصفراً ثم اذا أضيف الى محلول اليود بعض نقط من حمض الكبريتيك تتلون
هذه الاجزاء بلون بنفسجي غير واضح أو أزرق داكن ويندر اشتراك الطبقة
الغمدية مع الاجزاء السابق ذكرها في الاستحالة النشوية وأندر من ذلك
اشتراك الطبقة البشيرية لقناة البولية مع ما ذكر

ثم انه منى أصيب شخص سليم من قبل بالاعراض الميئنة في المبحث الرابع
وهي البول الزلال وفقر الدم والاستسقا وهو ذلك فلا بد وان يكون بعيدا عن
العقل أنه مصاب باستحالة نشوية كلو يتبعث يكاد أن ينفى شكل هذا
المرض مع التحقيق لكن ان أصاب مجموع هذه الاعراض شخصاً معتريه
الداء الزهري البني المستعصي أو السل الرئوي أو تقبض مزمن أو غير ذلك من
الامراض المزمنة المهاكة كان من القريب للعقل جداً ان المرض مصاب
باستحالة نشوية في الكلية أو بالتهاب كلوي جوهري مصحوب باستحالة
نشوية في جدر الاوعية وهو الاصح بان وجد عند المريض انتهاك في الكبد
أو الطحال وكان في ورم الكبد أو الطحال المدرك بالجلس الصلبة الواصفة
للاستحالة النشوية اكسب التشخيص تأكيداً عظيماً وقد اعتقد المعلم
ترويه بالنسبة للتمييز بين الاستحالة النشوية والالتهاب الكلوي الجوهري
البسيط على زيادة الثقل النوعي للبول وتلونه الداكن في المرض الاول
وفضن كذلك طبقة الماشاهد تنافي السنين الاخيرة تحقق لنا صحة ذلك وتضيف
اليه ان البول في احوال الاستحالة النشوية ابيض لساجله مرات دكنة لونه
بل وتلونه بالاصفر الممهر المغاير للحالة الطبيعية وانه يوجد فيه كمية عظيمة من
الانديكان كما قاله هو بسيلجروا ماصفة النضج الانبوي وكثرة الظواهر
التسممية البولية أو قلتها فلا يرتكن اليها في التشخيص للتمييز بين الاستحالة
النشوية البسيطة والالتهاب الكلوي الجوهري المضعف بها وعلى كل

حال فالتيغير بين هاتين الحالتين قليل الاهمية في الطب الجملي
وبالنسبة لمعالجة الاستحالة النشوية للكلية يقال ما ذكرناه في معالجة
الاستحالة النشوية للكبد والطحال ومن المشكوك فيه زوال هذه الاستحالة
وشفاؤها وكل من الاستحضارات الحديدية ويورد الحديد الموصى بها يمكن
ان يؤثر تأثير ايجابي في المرض الاصلى لكن لا يمكنها ايقاف الاستحالة
الكلوية وازالتها

المبحث الثامن في الاستحالة الجوهريّة للكليتين
(المعروف بالاستحالة الحبيبية للاخية البشرية الكلوية)

كثيرا ما توجد الكليتان عند فعل الصفات التشريحية ذاتي قوام رخو قليتي
الدم ولونهما أحمر سجايبا أو معتقما تزايد في الحجم قليلا وربما كانتا على
حجمهما الطبيعي وعند شقهما يمكن قسما مادة عجينية عكرة أو سجايبية مصفرة
كثيرة وهذه المادة تنقل على أخلية بشرية اما مجتمعة على هيئة خرم أنبوية
أو متفرقة والاخلية البشرية سبب التي للجوهر القشري تكون منتفخة
بارتساحها بمادة زلايق وهي شتاعكرة حبيبية رفيعة ويندر ان تكون مرصعة
بكرات شمعية وآيلة للفساد العنصري

وليس من الجائز اعتبار جميع تلك التغيرات من جملة الالتهاب الكلوي
ونسبتهما للاحتقان الكلوي فان الالتهاب الكلوي الجوهري وان حصل
في أثناء سير وانتفاخ الطبقة البشرية للقنوات البولية واعتراها الاستحالة
والفساد يميز ولا بد بشدة التفسير المرضي وامتداده وبحصوله حصولا فائما
بنفسه وبطبيعته الانتهاء عن التغيرات المرضية التي نحن بصددها بحيث
لا يجوز التباس هذين الشكليين ببعضهما وجعلهما واحدا وكذا ليس من
المحقق ولا القريب للعقل القول بان الاستحالة الجوهريّة للكلية (كما
سميناها في هذا المبحث لعدم ما هو أبقى منها في التسمية) متعلقة باحتقان
كلوي وكذلك ليس من الواضح لنا الميل لنسبة هذا التغير الى انضغاط
الشرايين الكلوية والاحتقان الاحتياكي الناتج عن ذلك مدة الحمل ولو صح
ان هذا التغير يشاهد أحيانا في الشهر الخامس أو السادس منه وحيث ان
التفسير المرضي الذي نحن بصدد في الطبقة البشرية لا يوجد الا في جنث

الحالكين بامراض ثقيلة أو الحبال والنفسا فلا بد من اتباع الرأى القائل
 بان هذه الامراض الثقيلة والحمل التي مثلها يحدث اضطرابا عظيميا في البنية
 بنماها يمكن أن ينتج عن ذلك تأثير مضر في تغذية المنسوجات وتأليفها
 الدقيق ومن القريب للعقل ان هذا التأثير يمتد الى جميع المنسوجات ولو
 كانت معرفته الى وقتنا هذا معلومة في الكلوتين فقط وتناهي لم نذكر الا
 فيما نحن وان لم يكن عندنا تحقيق في كيفية تنويع التغذية والتأليف
 الدقيق لجوهر الكلوتين وغيرهما من الاعضاء بواسطة الامراض البنائية
 والحمل الا أنه لا يستغرب مثل هذا التأثير على التغذية منى اعتبرنا
 الاضطرابات الثقيلة في الحالة العامة للبنية والتأثير العصبي المتعلق ولا بد
 بتغيرات مادية في مثل هذه الاحوال

ثم ان العرض الغالب بل الوحيد للاستحالة الجوهرية الكلوية هو ظهور
 الزلال في البول بحيث يسوغ القول بأنه كما تكثرت مشاهدة البول الزلال في
 أثناء سير الامراض البنائية الثقيلة والحمل توجد ولا بد استحالة متفاوتة
 التقدم في الاخلية البشرية الكلوية عند قمع الجشة وكثيرا ما بسال
 المشرحون المشتغلون بالتشريح المرضي عن وجود الزلال في البول مدة الحياة
 أو عدمه ومن جهة أخرى لا يسوغ القول بان كل بول زلال مصاحب لاحدى
 الجانبين السابقين ينتج ولا بد عن الاستحالة المذكورة كالا يسوغ القول مع
 التأكيديان كل استحالة في الاخلية البشرية الكلوية ينتج عن ازال بولي
 وانما احتواء البول على الزلال في الاستحالة التي نحن بصدد هال يكون عظيم
 الدرجة مطلقا كما في التهاب الجوهر الكلوى والاستحالة النشوية
 وان ظهرت الاستحالة الجوهرية للكلتين في أثناء سير أحد الامراض
 الحية الحادة فلا تودي مطلقا الى ظواهر استسقاءية فكثيرا ما تفقد هذه
 الاخيرة في الحمل ولو حصلت في أثناء استحالة جوهرية كلوية وبول زلال
 وفي أحوال أخرى قد يحصل استسقا خفيف وفي النادر قد يرتقى الى درجة
 عظيمة وبالجملة قد تصير هذه الاستحالة في أثناء الحمل خطرة لما ينتج عنها
 حين الوضع أو بعده من النوب التشعبية الا كالمسبة التي سنذكرها عند
 الكلام على الامراض العصبية

ثم ان انتهت هذه الاستعمال المرضية بالشفاف نزول ولا بد الاضطرابات الغذائية
 للاغذية البشرية الكلوية التي أدت لها وكاد يزول كل من البول الزلالى
 والاستسقا في غالب الاحوال عقب الوضع بقليل وذلك دليل على عدم
 ثبات هذه الاستعمال للاثاب الجوهرى الكلوى فاننا نعلم ان معظم أحوال
 الاكل مسيا عند الحوامل والنفسا من تبط ولا بد بمرضى عصبى لكن لا يجوز
 مطلقا اعتبار البول الزلالى والاستسقا والنوب الا كالمسبة نتيجة داء
 بريكت

وعما ذكرناه في سير الاستعمال الجوهرى للكليتين يتضح أنه لا حاجة
 لذكر معالجة ذلك وأما المعالجة العرضية لنوب الاكل مسيا فسنذكرها فيما بعد

المبحث التاسع

في سرطان الكليتين

أكثر التولدات الجديدة الحديثة في الكليتين حصولا السرطان وسرطان
 الكلية نادرة يكون آفة أولية ونادرة ينضم لغيره من التولدات السرطانية في
 أعضاء أخرى ويكون اذذاك تابعا واغلب مشاهدة هذا المرض عند تقدم
 السن لكن لا مانع من مشاهدته كثيرا في الشبوية بل وعند الاطفال أيضا
 وأكثر أشكال السرطان الكلوى مشاهدة هو السرطان الغصامى وأندرمه
 الاسكبرى والسرطان الملامى ويشاهد الشكل الاول على هيئة عقد مختلفة
 الحجم تبعد الجواهر الكلوى وتر يلهو وقد تمتد هذه الاستعمال السرطانية من
 محل منشأها الى المتسوجات المجاورة بحيث يستحيل الجواهر الكلوى الى
 مادة سرطانية وهذا ما عساه روكتنسى بالارتشاح السرطانى والكليسة
 المصابة بهذه الاستعمال قد تكتسب حجما عظيما جدا وتكون ورم اذا
 قد بات في حجم رأس الطفل وكثيرا ما تمتد الاستعمال المرضية الى البريتون
 والعقد الليفافية المجاورة وأربطة وسمحاق الفقرات البطنية أو تبرز في
 تجويف الكؤوس الكلوية والحويض الكلوى وفي باطن الاوردة المجاورة
 للكليسة أيضا وسرطان الكليسة كثيرا ما يصاعف بسرطان الخصيتين كما ان
 الاستعمال الدرنية الكلوية تعقب الاستعمال المائلة لها في الخصيتين ويحصل
 كثير انزيف غزير اما في باطن الاستعمال السرطانية أو حولها وفي هذه

الحالة الأخيرة ينسكب الدم في تجويف البطن أو في المسالك البولية
وهذا المرض كثير مما يبقى خفيًا مدة مديدة وبالحقيقة التي تتزايد بالتدريج
بدون أسباب معلومة يستبدل بغلبة الظن على تولد جديد بحيث في ذلك
العضو الذي يعبر الوصول إليه بالحق والالام القطنية يمكن ان تغدق في
هذا المرض بل واذا وجدت لا تكون واضحة وكذا الافراز البولي قد يحصل
بدون اضطراب فيكون البول انذاك خاليًا عن الدم وكذا المادة الزلالية
في الابتداء لكن الغالب انه متى تقدم المرض وصار حجم الكلية المتسرطنة
عظيمًا وكانت جدر البطن مسترخية دقيقة يمكن الاحساس بالورم عند
جسه والذي يميز أورام الكلية المتسرطنة عن أورام الكبد والطحال شكل
الورم سيما عدم نحره فان الكلية المصابة لا يمكن نزحها ولا تتبع حركات
الجلب الحاذق وبالمرطانات الكلوية العظيمة في الكلية اليمنى يمكن تحول
الكبد بكيفية واضحة نحو الانسية والتوائه على محور الطول بحيث ان
سطحه المقعر يلامس في امتداد عظيم من جدر البطن وكان كلاً من البول
الزلال والدم يفقد في أثناء سير السرطان الكلوي كذلك يكثر ما شهدتهما
فيه خصوصاً عند تقدم سير المرض والتزيف اما ان يحصل من اوعية هذا
التولد المرضي الخبيث البارز في المسالك البولية واما ان يكون نتيجة
الاحتقان الشديد في الأجزاء المحيطة به والبول الدموي في هذا المرض
كثيرا ما يكون فيه غزير ارجاء وقد يكون واضح الظهور جدا بحيث يكون
هو العرض الرئيس وهلاك المريض بهذا المرض يحصل اما عقب النهوة
وتكرار التزيف واما عقب ظهور مرطانات أخرى في اعضاء مهمة للحياة
والعلاج في هذا المرض لا يثمر ويكفون فاصرا على حفظ قوى المريض
وتلطيف الانزقة القزيرة وعند وجود انعقادات دموية في المثانة ينسحب
اخراجها على حسب قواعد الجراحة

(المبحث العاشر في الدرن الكلوى)

للدرن الكلوى شكلان تبعاً لوكنتسكي الاول يكون في اغلب الاحوال
ظاهرة من ظواهر الاصابات الدرنية العامة أى المنتشرة في جملة من الاعضاء
ففي الدرن الدخني الحاد توجد الصبيات الدرنية السحائية المنتشرة في

البر يتون والبليورا والرثيس ونحو ذلك وكذا في الطبيعة الغمدية للكليتين بل
وفي نفس جوهرهما أيضا وفي الدرن الدخني المزمن المنتشر توجد أحيانا
تراكمات درنية عظيمة الحجم ذات لون أصفر جيني في الكليتين لكن يندر أن
يشاهد فيهما بورات أو كهوف درنية مملئة بصديد درني وهذا الشكل لا يحصل
منه الا اضطراب قليل في وظيفة الكلية ولا يمكن معرفته مدة الحياة وأهميته
حينئذ تكون تقرحة من ضيقة فقط وليس له أهمية أكلينية

وأما الشكل الثاني فيكاد يكون على الدوام مضاعفا بدرن الحصبية والبروستة
والحويصلات المنوية والحالبين ولا يكون هذا الشكل مسبوقا
على الدوام بالدرن الرثوي بل يضاهيه في الغالب عند انتهاء سيره
وهذا الشكل كثير اما يكون أوليا ذاتيا أي قائما بنفسه بدون اصابة درنية رثوية
لكن الغالب أن ينضم الى الدور المتقدم من الدرن الرثوي وينشأ هذا
المرض دائما بارتشاح درني في الغشاء المخاطي للوويض يؤدي لتقرحه ويمتد
الارتشاح الجيني من الحويض الى الاهرام البولية فيصل محلها انبعاثات
منقرحة وحينئذ يزدا حجم الكلية ازديادا عظيما وتكون ذاهبة غير
منتظمة محدودة بحد في باطنها بورات عظيمة محتوية على تعقدات درنية
أو على بورات جينية أو كهوف مملئة بمواد صديدية درنية وهذا الشكل يمكن
أن يكون ذا سير خفي وأما باصطحابه دائما بالمضاعفات اللازمة التي ذكرناها
يسهل تشخيصه فتي وجدت تغيرات عضوية من مئة في قنوات البول
محصوبة بخروج مواد مخاطية أو صديدية أو دموية أحيانا مختلطة بالبول
وكان هناك انتفاخ درني في الحصبية يزداد على الطبيعة الدرنية لاصابة
المسالك البولية ساغ القول بأن الافة الدرنية لهذه المسالك امتدت الى
الكليتين وبتأكد تشخيص ذلك متى أمكن الاحساس بوزم محدود
في قسم الكليتين خلف الجدر البطني

* (المبحث الحادي عشر)

في التولدات الطفيلية للكليتين

أكثر هذه التولدات الطفيلية وجودا في الكليتين هي الياكيتوكوك أي
الديدان الحويصلية وذات الكلايب لكن وجودها فيها أقل منه

في الكبد والسبب الاصلي لهذه التولدات الطفيلية في الكليتين هو وصول قسم الدودة الشريطية الى القناة المعوية لكن لا يعلم سبب خروج هذا القسم من القناة المذكورة ووصوله الى أعضاء مختلفة من الجسم والى الكليتين في أحوال مخصوصة ثم ان أوصاف الكياس الديدانية الحويصلية والكبدية والطحالية للكليتين كأوصاف الكياس الديدانية الحويصلية الكبدية والطحالية فانها تكتسب حجما كقبضة اليد أو رأس الطفل وتكون محاطة بغلاف ليفي وهذه الكياس يمكن ان تقع في حالة الغمور أو تنفجر وينسكب مضمحلها في اقباعات مختلفة وقد ينشأ عنها التهابات وتقيحات في الاجزاء المجاورة بل واثقاب الخراجات الكلوية المتكونة بهذه الكيفية اما في تجويف البطن أو المعاء أو الكؤوس أو الحويض الكلوي

ثم ان امراض غمور الكياس الديدانية في الكليتين قد لا توجد بالكليتين وقد تشتكي المرضى بالام معاء في قسم الكليتين لكن لا يعتقد على هذا العرض غير المخدود وانما يغلب على الظن تشخيص هذا المرض بوجود درم في قسم الكليتين غير منتظم ذي قهديات سيامي أمكن نفي القول بوجود سرطانها ودرنهما واستسقاها كإسباتي يسانه والذي يؤيد التشخيص خروج حويصلات ديدانية ايكوكوكية أو بقاياها مع البول فان الحويصلات الشفافة سهل معرفتها عند البحث بالمكروسكوب لتعدد طبقاتها وهي جدر الحويصلات البنيتية وهذه الحويصلات يمكن ان ينشأ عن خروجها مع البول

ومرورها من الحالبين امراض مغص كلوي سيما عند الرجال وأندرم ذلك مشاهدة الديدان الحويصلية ذوات الذنب والاسطوانية العظيمة والاخيرة مشابهة بالديدان الحراطينية وطولها من نصف قدم الى ثلاثة وثلاثينها بعض خطوط وشكلها اسطواناني ولونها أحمر دموي اذا كانت حديثة ولها في طرف الرأس حلمات محيطة بالغم وبطرفها الذنب يوجد في الذكور منها غمد قسي الشكل يخرج القضيبي منه والاعراض التي تنجم عن هذه الديدان الطفيلية وكيفية وصولها الى الكلية مجهول علينا

*) (المبحث الثاني عشر في العيوب الخلقية للكليتين)

واختلاف شكلهما واماهاما

من العيوب الخلقية للكليتين فقد احدهما واستيعاضها بالآخرى مع ازدياد

جميعها وبقاء الاقراز البول على حاله ومنه التصاقها ببعضها واختلاف
أوضاعها ما سيما وضعها غير الطبيعي مع تحررهما وهذا العيب الاخير له
اهمية اكاديمية وكثيرا ما يمكن تشخيصه مدة الحياة بمرقعة شكل العضو
المحرك الخاص بالكلية الذي يكون على شكل حبة اللويحة العظمية
ويمكن ترزخه في انقباضات مختلفة وهذا العارض وان كثر مشاهدة
كعيب خلقي فيحصل حصولا عارضا من ارتجاج الجسم ارتجاجا عظيما
بسبب السقوط مثلا من محال من قفلة جدا وقد تحدث الكلية المتحركة عند
المرضى نوع ابوخذاريا أو اعراض التهابية موضعية في البطن وليس
للعالجة الطبية تأثير في شفا هذا العارض غير انه يجب على الطبيب
الابصار باستعمال احزمة مرنة سيما عند الاطفال ذوي الجدر
البطنية الرخوة واهمية جميع ذلك من خصوصيات التشريح المرضي

الفصل الثاني في امراض الحويض والحالبين

(المبحث الاول في تمدد الحويض مع ظهور جوهر الكلى)

المعروف بالاستقاء الكلوي

(كيفية الظهور والاسباب)*

متى امتنع سيلان البول من الحويض بواسطة الحالبين الى المثانة فجمع هذا
السائل في الحويض والكؤوس البولية ومضى ازداد توثر الحويض ازديادا
عظيما حصل انسداد في فوهات الانابيب المستقيمة الكائنة في الحلمات
الكلوية بواسطة الضغط الواقع عليها وكذا تضغط نفس الحلمات
أيضا وبذلك لا يسيل البول في الحقيقة من الكليتين الى الحويض فتقدر
هذا العضو الاخير كان حقه ان لا يتزايد ترايدا عظيما لكن حيث ان الحويض
والكؤوس البولية مغشاة بغشاء مخاطي مفرز لمواد مخاطية فهذه المواد تختلط
بالبول المتجمع في الحويض ولا تسيل مثله وبذلك يزداد تجمع السائل
في الحويض بحيث يعظم قدده تدريجا بسبب الضغط الواقع على الحلمات
البولية يحدث فيها تضيق وتقرح وتظهر في جوهر الكلية يصل أحيانا الى درجة
الزوال بالكلية

ثم ان انسداد الحالبين يحصل أولا اما عقب وجود حصيات مغشاة فيها على

الدرام أو عقب الضغمة الواقعة عليهم بالاورام المجاورة لهما أو أثر ندية منكثة في البر يتون المنطى لهما أو تولدات مرضية جديدة سيما السرطانية السكاثة في المنسوج الخلوي تحت البر يتون وقد ينسد الحالبان أيضا عقب التهابهما الذي يؤدي لا تنفاخ غشائهما المخاطي والتصاق جدرانها ببعضهما وكما كان العايق جهة الاسفل أي جهة المثانة كان الجزء المتمد من الحالبين أكثر امتدادا

وقد يحصل تمدد خفيف في المسالك البولية بسبب وجود عايق يمنع انقذاف البول ما في المثانة أو في قناة مجرى البول لكن حيث أن القسود في هذم الاحوال يكون عاما للجهتين فقد داحوا بعض لا يصل الدرجة عظيمة جدا بحيث ينشأ عنهما انسداد فوهات الحلمات الكلوية بدون تهديد الحياة وهما يصبر اندراكه كثرة وجود انسفاق آت كلوية من دوحية في الجثة مع انها ولا بد كانت موجودة من مئذ من طول حال الحياة

(الصفات التشريحية)

في الاحوال الخفيفة للاسفاق الكلوي تكون الحلمات تبعالروكنسكي صغيرة متكاثفة جلدية القوام ثم تزول شيئا فشيئا من قبوة الكؤوس المقددة وأما جوهر الكلية الكاين اعلاها في تناقص مكمو يتكاثف منسوج ثم يصير جليدي القوام مرنا في الاحوال المتقدم فيها القدد جدا لا يصل دمك الجوهر الكلوي الا بعض خطوط قليلة أو خطا واحدا بل قد يتلاشى بالكلية ويحصل محله كيس ذو قصوص من الظاهر ونجاويف متعددة من الباطن متلية بسايل بولي عكر محتوية على رسوبات مختلفة أو بسايل مصلى شفاف وبضرب بعض الجيوب التي بين نجاويف هذا الكيس فتنط ببعضا وهذه الأكياس كثير اما تصل الى حجم رأس الطفل بل ورأس الكهل أيضا وكذا تمديد الحالبين يختلف في العظم فقد يصل لحجم المعال الدقيق أو أكثر وتكون جدرانها حيث تزدقينة وذات تعريبات على هيئة التلافيف المعوية

(الاعراض والسير)

لا يمكن معرفة الاسفاق الكلوي وتشخيصه الا اذا وصل الى درجة عظيمة

فان سيلان البول غير ممتنع بالكلية من احد الحالبين وفي هذه الحالة لا تنقص كمية البول المنفرزلان الكلية السلية تعوض الكلية المريضة وقد لا توجد الام في القسم القطني وحينئذ تكون الاعراض التي يعقد عليها في تشخيص هذا المرض هي وجود دم في القسم الكلوي قليل التوتر وذى توج غير واضح وفي الاحوال التي يزول فيها العائق المانع لسيلان البول من الحويض زوالا وتبا يمكن تناقص هذا الورم تناقصا دوريا وهذه علامة مهمة في تشخيص هذا المرض واذا حصل التهاب الكيس كافي بعض الاحوال ينتج عنه الام وقشعريرة شديدة ويمكن ان يقبه الصديد المتكون فيه الى القباهاات مختلفة فيحدث عن ذلك تنوع في مجموع اعراض هذا المرض ثم اذا امتد العائق المانع لجرى البول في أحد الحالبين الى الآخر بحيث لا يمكن وأصول البول من الكليتين الى المثانة فبمتنع افراز البول منهما فذلك المرض في أقرب وقت باعراض التسمم البول

(المعالجة)

عند وجود عائق في قناة مجرى البول يتدمر بواسطة القسطرة المتكررة منع تمدد مجارى البول أو إيقاف تقدمه ان حصل في بعض الاجزاء وأما تمدد الحويض المصحوب بضمور في الجوهر الكلوي الناشئ عن اتسداد الحالبين فليس للصناعة اتخاذ على زواله ما لم يكن ناتجا عن أورام ضاغطة عليهما ويمكن ازالة ذلك باعمال جراحية او مسانط دوائية

(المبحث الثاني في التهاب الحويض)

(كيفية الظهور والاسباب)

ينسدر أن يكون الغشاء المخاطي للحويض مجلسا لالتهاب ذى غشاء كاذب أو دقيقي وهذا الشكل يشاهد خصوصا في الامراض التدممية البنية كغيره من الالتهابات الموجودة في أغشية مخاطية أخرى واكثر الامراض التدممية انتاجا لهذا التهاب في الحويض هي التيفويد الهيمى وقد ينشأ هذا الالتهاب عن اشتداد الالتهاب النزلي للحويض سيما التهاب الحويض الحصى واما التهاب الحويض النزلي فيكون في غالب الاحوال ناشيا عن

تميج الغشاء المخاطي الحويضي بسبب التجمعات الجبرية فيه وهذا هو المعروف
 بالتهاب الحويض الحصى وقد يحصل التهاب الحويض النزلي ايضا بكيفية
 مشابهة لهذه الكيفية عقب تراكم البول المنفصل في الحويض وتجميعه بواسطة
 النواذر ويندر ان يكون هذا التهاب ناشئا عن جواهر حريفة اتسعت
 الخارج ودخلت باطن الجسم ثم انقذت مع البول كالزرازير والجواهر
 البلسمية او الراتنجية وكثيرا ما يشاهد امتداد التهاب المجرى السيلالي
 الى المثانة ثم الى الحالبين فيؤدي لالتهاب نزلي في الحويض

وكثيرا ما تضعف الدرجات الخفيفة من التهاب الحويض النزلي داء بريكت
 وقد يظهر هذا الالتهاب احيانا في اثناء سير الجل وادوار النفوس الاخيرة
 ودور النقلس في الامراض الطفحية الحادة وقد يصاحب الشكل النزلي
 من التهاب الحويض الاسكربوط وداء النقش للطبيب ويل هوف

(الصفات التشريحية)

في التهاب الحويض ذي الغشاء الكاذب والذئبي يوجد الغشاء المخاطي
 مغطى بنضج غشائي أو مسخيل الى خشك يشاهد تغيرية يعقب انفصالها
 فقد جوهري غير منتظم في الغشاء المخاطي

وفي التهاب الحويض النزلي يكون الغشاء المخاطي في الاحوال الحديثة
 محتقنا محمرا كدميا سميما في شكله الاسكربوطي ذا رخاوة ومغلي بمادة
 مخاطية صديدية ومتى استمر المرض مدة طويلة تناقص الاجرار واكتسب
 هذا الغشاء لونا متغيرا او يصير منتهقا والسطح الظاهر مغطى باملاح بولية
 أو كلسية على هيئة قشور ويكون الحويض اذذاك مقعدا اذا جدر تحبنة ولا
 يندران بعثري جوهر الكلية فهو ركامي الاستسقاء الكلوي وعند استمرار
 التميع الجفانيكي يمكن ان يحصل اخيرا تقرح في الغشاء المخاطي بل تنقب في
 جدره وارتشاح البول في المسوج الخلوي المحيط فيحصل فيه فساد وتقرح
 والخراجات المكونة بهذه الكيفية يمكن ان تنقب في اتجاهات مختلفة
 كقبويف البريتون أو نحو الخارج وبذلك تتكون قنوات ناصورة
 مستطيلة غالبا أو في العاء أو الاعضاء المجاورة بعد حصول التصاق بينها
 وقد تمتص السائل المحتوي عليه الحويض بالتدريج وحينئذ يظهر ويسهل

الى منسوج ندى يكبس المتحصل المتكاثف في هذا الحالب ويستحيل الى
حبل وترى

(الاعراض والسير)

الالتهاب الحويضي ذو الغشاء الكاذب أو الدقيق لا يمكن معرفته مدة
الحياة فانه في الغالب ظاهرة من جملة الاضطرابات الثقيلة المنتشرة الناشئة
عن الامراض التسممية العامة كالتهمة العنق للدم والجدرى والقرمزية
والتيغويد الهيفي وأما ان ارتقى الالتهاب الحويضي النزلي المحصور الى
الالتهاب ذي الغشاء الكاذب أو الدقيق فينقذف مع البول اهدبة
أوندى غشائية

وأما الالتهاب الحويضي النزلي الحاد فقد يتبدأ بنبضة تشعبرية أو بعدة نوب
وبصطب بظواهر حية واضحة ويوجد اذ ذاك الام في القسم الكلوي تمتد
نحو الخصية والفخذ وتزيد بالضغط على هذا القسم وكذا التي العرضي
يكاد ان يوجد على الدوام في هذا المرض خصوصاً في الشكل الذي يحدث عن
امتداد الالتهاب المجري السيلاني الى الحويض ويوجد على الدوام زحير بولي
متكرر مؤلم والافر از البول تبعا للعلم ابواسر متزايد اذ ياداعظما وهذه
الظاهرة توجع بالاحتقان التغمي الجانبي الكلوي في الاوعية الصادرة من
المحافظ المبيعية ولا يتناقص هذا الافر از الا في الاحوال التي يكون فيها
الالتهاب الكلوي الفاعم في اى الكلوي مصاحبا لالتهاب الحويض وكثيرا
ما يحتوى ابتداء على كمية قليلة أو كثيرة من الدم وكرات صديدية وأخلية
بشرية مقرا كبة أو متراكمة على بعضها واذا استمر هذا المرض زمنا طويلا
وجد البول مختاطا بكمية عظيمة من القيح فيكون متعكرا وقت خروجه من
المثانة وعندئذ كسابر سب منه اسباب ابيض مصفر واضح الانفصال
ولكون السائل الكائن اسفل الراسب محتويا على مصل القيح يشاهد فيه
بعد غليه أو اضافة بعض تقطن حمض الازوتيك اليه الالهقادات الواصفة
لبول الزلالى والبحث عن هذا الراسب بالنظارة المعظمة يرى انه مكون من
عدة كرات قبيصة وأخلية بشرية متغيرة وفي الالتهاب الحويضي المحصور
قد يحصل انقطاع كلي في سيلان البول من الحويض المريض بواسطة

التجمع المحسوس وحيث ان البول المستفرغ في هذه الحالة يكون آتيا من الكلية ذات الحويض السليم يقذف ولا بد بول صاف مع ازدياد جميع مشاق المرض ومكابداته وعند زوال الانسداد يصير البول عكرا كما كان وقد شاهدنا حالة من هذا القبيل كانت فيها المريضة تعلم من قبحار بها ان الالام لم تزل ترتفع عندها مادام البول صافيا وكانت تقنى الوقت الذي يعود فيه استفرغ البول التقيهي

ثم ان الالتهاب الحويضي المزمن يمكن ان يحدث فهو سبب التقيح المسفر والحمى المستطيلة بل قد يؤدي للموكة والاستسقاء العام والموت والاحوال التي يكون فيها هذا الالتهاب ناتجا عن الحصيات الحويضية يشاهد فيها ثوران الالتهاب الحويضي المزمن زمانا فزمننا وارتقاؤه الى الحالة الحادة لا سيما عند ارتفاع الجسم أو حصول انزفة دورية تسمع في نموكة المرض والاحوال المهددة بحصول التشعب الكلوي تظهر بالام شديدة جدا في الظهر وتالم شديدة عند حركات العمود الفقري ويحذب الفخذين وارتقا الحمى وتكرار القيحيرة واذا حصل التشعب وتكون خراج في المتسوج المحلوي المحيط بالكلية ظهرت الصورة المرضية الواضحة للالتهاب الكلوي المحيط أي الدائري وان انتفخ الخراج في تجويف البريتون هلك المريض بسرعة بظواهر الالتهاب البريتوني الحاد القتال وان انحدر القيح الى اسفل تكونت خراجات انحدرية اما في الجزء السفلي من الظهر أو اسفل رباط پوپار أو البطن وان حصل التشعب في البطن خرجت مواد قيحية مع البراز وفي اثناء ذلك يصفر الورم المحسوس أو يزول بالكلية ويحصل هذه وقفي عند المرض

وليس سهلا على الدوام معرفة كون الحويض الكلوي أو المثانة يتبعوا للبول القهي فان الزحير عند التبول قد يكون مؤلما جدا في الالتهاب الحويضي بدون اشتراك المثانة واستفرغ البول محموبا باحساس مؤلم في قناة مجرى البول وفي كل من الالتهاب الحويضي والمثاني المزمنين يشغل البول على كثير من الاخلية القيحية تكسبه هيئة عكرة وترسب عند تركه ساكنا كراسب ايض مصفر والقول بان الصفات الجنسية لهذا البول

تدل على التهاب الحويض بخلاف صفاته القلوبية فانها تدل على التهاب المثانة ليس بحقيق وذلك لان البول في أحوال التزلات المثانية المزمنة بل والعتيقة منها يكون فيها ذخا من حمضية عادة ولا يصير قلوبيا الا في أحوال مخصوصة تنشر حها عند الكلام على التزلة المثانية ويكتسب حينئذ هذه الصفة عند مكثه في المثانة وكذا العلامة التي كنت أعمد عليها سابقا في التمييز بين التهاب الحويض والمثانة وهي انه في أحوال التزلة المثانية المزمنة يكون الراسب القبيح مختلطا بكمية عظيمة من المواد المخاطية بخلاف ما في التهاب الحويض المزمن فان البول لا يصكو عن محتوياته على انما من المواد المخاطية ليست مطردة والمواد المخاطية التي تخرج مع البول في بعض احوال التزلات المثانية المزمنة هي مقصص الاستقالة المخاطية التي تعثرى الافراز القبيح لغشاء المخاطي المثاني بتأثير التضرر القلوبى فان لم يمتد البول في المثانة هذا الانحلال فانه لا يحتوى على مواد مخاطية عقب خروجه حالا ولكن ان ترك البول الذي يحتوى على مجرد راسب قبيح سواء كان آتيا من المثانة او من الحويض في قارورة او كوبة مفتوحة حتى يحصل التضرر القلوبى شوهد ان راسبه يصير لزجا مخاطيا فعلى هذا ان تيسر وجود جلة طبقات بشرية مغزلية الشكل منضبة الى بعضها لاسمى في ازمته تكون فيها المرضى فطت حركات شاقة يجوز الحكم ولا بد بان الاصابة المرضية في الحويض وايضا في الاحوال التي فيها تشكى المرضى بالام في قسم احدى الكابتين تشمع منه الى الحويض والخصيتين لا ينفى الوقوع في الخطاء بسبب وجود الزحير البولى وتمضيض التهاب في الحويض

(المعالجة) *

يقال في معالجة التهاب الحويض التزلى الحاد ما قيل في معالجة التهاب الكلوى الخلاى الحاد فيؤمر للمريض ابتداء بارسال الملقى أو وضع المحاجم التشريطية على قسم الكبتين ووضع المسكمدات الباردة وعند وجود الام شديدة جسا وزحير بولى متعب قد تعطى المركبات المسكنة والمحقن تحت الجلد بمحاول المورفير وبتعاطى كمية عظيمة من المشروبات المائية لاجل ترقيق البول ومنع من استعمال الاطعمة والمشروبات الحامضة والمنزوجة بالا فويه

وكذا استعمال المياه القلوية الطبيعية والقلوية المحمية كشي وكروس باد
 وإذا استطالت مدة المرض أمر المريض باستعمال الحمامات الفاترة والمكث
 فيها مدة طويلة ومع ذلك فستعمل الحمامات الفاترة على قسم الكليتين
 وكثيرا ما يحصل النجاس في هذا المرض من استعمال مياه الينابيع الساخنة
 جدا شربا واستحماما وقد أوصى بعض الأطباء في هذا المرض باستعمال
 الكافور لما يعهد فيه من جودة فحاح في أحوال تهيج المسالك البولية
 والأحوال المزمنة المعهودة بتقيح فزير يؤمر فيها باستعمال القوابض
 والمختار منها كما ذكرنا من التنيك وفي مثل هذه الأحوال يجوز استعمال
 الجواهر البلسمية لاسباب بلسم الكوباي وقد أوصى أبو لوسر باستعمال ماء
 الجير بمقدار من ٢٠٠ جرام الى ٨٠٠ مع مقدار مساو له من اللبن

(المبحث الثالث في التجمعات الحصوية)

للعويض والمغص الكلوي

(كيفية الظهور والاسباب)

قد توجد في القنوات البولية المستقيمة وفي حلمات الكليتين رواسب جيبية
 تسمى بالسدد الحصوية البولية ان كانت متكونة من املاح بولية أو بالسدد
 الكلسية اذا كانت متكونة من املاح كلسية وبالجملة ان كانت متكونة على
 مواد يمينية وبلورات هيما تودينية تسمى بالسدد الدموية أو بالجمعات
 وقد تكون هذه السدد متكونة من اسلاح فسفات فوسفاتية مغنيسية
 فاما السدد الحصوية البولية فاكثرا ما تشاهد في الاطفال المولودين حديثا
 واسبابها غير معروفة والقول قديما بان هذه السدد لا توجد الا في الاطفال
 التي كانت تنفس وان وجودها في رعمهم من حيثة الطب السياسي لم يثبت
 بالمشاهدات الجديدة فان هذه السدد قد وجدت في الاطفال المولودين موتى
 بل وفي الاجنة وكذا كيفية ظهور السدد الكلسية واسبابها وكذا الرواسب
 الفسفاتية المثلثة القاعدة في القنوات البولية والاهرام مجهولة ويكثر
 وجودها في البالغين عن الاطفال واما التجمعات الحصوية في الحويض فانها
 تتكون من نفس الاسباب التي تشأ عنها الحصيات المثانية وسبباني ذكر
 كيفية ظهورها واسبابها عند الكلام على الحصيات المثانية وكثير من هذه

الحصيات بل أغلبها يتكون ابتداء في الحويض ويصل الى المئانة بواسطة
 الحالبين وهناك يتزايد حجمها شيئاً فشيئاً بواسطة الرسوبات التي تتراكم عليها
 * (الصفات التشريحية) *

يشاهد في السدد الحصية البولية عند شق الاهرام خطوط مصفرة ممتدة
 على سير القنوات البولية وبالبحث الميكرو سكوبي ترى هذه القنوات محتوية
 بمادة مسودة حبيبية اذا أضيف اليها بعض نقط من الحوامض تزول ويصل
 محلها بالورات من حص البوليك وقد تنشأ في الجنين تبعاً لفرج هوف بمعدلات
 في القنوات البولية وتولدات كيميائية عقب انداد تلك القنوات وفي السدد
 الدموية البهيمنتية يشاهد أيضاً في الجوهر المرعى اثر طرقة محجرة ضاربة الى
 الصفرة وعند البحث بالمكرو سكوبي ترى القنوات البولية المجمعة فيها ما ذكر
 محتوية بمواد حبيبية أو كرية وبالبارات الهيما تودينية المعالومة وفي السدد
 الكلوية توجد في الاهرام اثر طرقة يفيض مصفرة وعند البحث بالمكرو سكوبي
 توجد مواد مسودة حبيبية في القنوات البولية تزول بعد اضافة بعض نقط من
 حمض الطعام مع تصاعد غاز منها والرواسب الفسفورية المثلثة القاعدة التي
 تكون أيضاً اثر طرقة مبيضة مصفرة في الاهرام قد تصبغ أحياناً وتكون
 حصيات صغيرة في حجم حب الدخن ويمكن أن ينقح عنها تنقيح في جوهر الكلوية
 وأما التجمعات الحويوية التي توجد في الحويض والكؤوس فتكون ذات
 تركيب كيميائي ومشابهة لتركيب الحصيات المئانية وتختلف في العظم
 والشكل والعدد واصغرها يكبر عن حجم حبة الدخن وشكلها مستدير غالباً
 أو كشكل الكؤوس الكلوية واعظمها حجماً كبيضة الحمام أو الدجاج
 وتلما الحويض امتلاء بمحكما وتكتسب شكل الحويض وكؤوسه

* (الاعراض والسير) *

العلامة الوحيدة للسدد الحصية البولية عند الاطفال المولودين جديدها هي
 وجود رسوبات حبيبية محجرة دقيقة في لثا يفهم وتزول بعد ايام يسع وأما
 التجمعات الكلوية والفسفورية الثلاثية القاعدة في القنوات البولية فلا
 تعرف مدة الحياة ولا يمكن الظن بوجودها

وأما التجمعات الحجرية للحويض فقد لا ينشأ عنها في كثير من الاحوال ادنى

عرض وكثيرا ما يرى بعض حصيات بولية آتية من الحويض تنقل في مسخ البول بدون ان تشنكى المرضى قبل انقذافها باذن مكابدة وفي احوال اخرى قد ينشأ عن الحصيات الحويضية انزفة كلوية يوقظ ترددها الدورية سيما عقب ارتجاج الجسم فيظن بوجود حصيات كلوية وقد ينشأ عنها في احوال اخرى علامات التهاب الحويض الحصى أو أنه يوجد عند المرضى احساس بثقل في قسم الكليتين أو الام قمعصل خصوصا عند ارتجاج الجسم بفحو الر كوب أو عقبه وتنشع تلك الآلام نحو الماثنة والخصيتين ولا يمكن بمسده العلامات الحكم ولو ظنا بتكوين تجمعات حصوية في الحويض أو وجودها فيه فانه يمكن توجيهها بغير ذلك الا اذا ارتقت الآلام من غير منع حركة حمية خفيفة وشوه في البول عقب هذه الثورات واسبب حبيبية أو تفتتات ليفية موشعة براسب متباورة ومشقة على بعض كرات دموية أو تجمعات حصوية خفيفة فتوجه حيثلذ بما ذكر

ثم ان انتقال الحصوات البولية من الحويض الى الخالبين ومنها الى الماثنة قد يكون في بعض الاحوال مصحوبا بمجموع اعراض مخصوصة نسمى بالمفص الكلوى وفي الحقيقة يمكن ان ينتج هذا المفص ايضا عن تفتتات دموية أو حيوانات طفيلية حين نفوذها من الخالبين بل ومن الجائز ان تشنج الخالبين ينتج عنه في بعض الاحوال مجموع اعراض المفص الكلوى الذى نحن بصدده لكن جميع هذه الاحوال نادرة جدا بحيث لا تذكر بالنسبة لحصول مجموع اعراض المفص الكلوى من مرور الحصيات البولية ولذا كان الاوفق الكلام على المفص الكلوى هنا

ولا يعلم لماذا ان بعض الحصيات البولية العظيمة الحجم عظاما نسيجا قد تمر من الخالبين بدون ان ينتج عنها اعراض المفص وأنه في احوال اخرى قد ينتج عن مرور الحصيات الصغيرة جدا اعراض مفص كلوى غير مطابقة ولولم تكن هذه الاخيرة ذات سطح كثير التحدبات والزوايا وفي المفص الكلوى يحصل ابتداء الام شديدة جدا فجائية اما بدون سبب أو عقب ارتجاجات جممية وهذه الآلام تمتد من الكلية نحو الماثنة وتغذ هذه الجهة المريضة وخصيتها وتصلح بضمير عظيم بحيث تصيح المرضى وترى نفسها على فراشها

وتتأوى ويكون وجهها باهتا ومغطى بعرق بارد ويصفر بضمها جدي الى مثل
 هذه الاحوال وتبدأ يا حيا وأقدامها يوجد زحير يولى مع تناقص في افرار
 البول وينضم لهذه الالام الشديدة والاضطرابات العصبية الخجودية الثقيلة
 غثيان قئ وهذا العرض الاخير هو السبب غالباً في عدم معرفة المرض
 والتباسه اما بالمغص المصوى الصفراوى أو بالمغص المعوى وقد تظهر عند
 الأشخاص الكثيرى الحساسية تشبهاً تعتبر ظواهر انعكاسية وقد يحصل
 تحسين وقسنى وانحطاط في مكابدات المريض لكنه عما قريب يحصل ثوران
 شديد آخر وفي بعض الاحوال قد تأخذ الالام في الازدياد مع الارتقاء ثم تول
 دفعة واحدة كما ظهرت ويحصل للريض راحة كلية مالم ينتج عن وجود هذه
 الحصيات البولية في المثانة الام أخرى يتألم منها وهذه النوبة التي شرعنا
 نزول في ظرف بعض ساعات ولا تمكث أكثر من أربع وعشرين ساعة
 واهراض المغص الكلوى وان اشتدت وكانت هيئتها خفيفة جداً فلا ينشأ عنها
 بالنسبة للحياة أدنى خطر غالباً ومن النادر ان تكون راحة المريض غير تامة
 وان يحصل في الالام تلطيف بدون ان تزول بالكلية وان يحصل محل اهراض
 المغص الكلوى اهراض التهاب في الحويض

(المعالجة)

معالجة السدد البولية الحصىة الكلوية لا يمكن الكلام عليها وعند شرح
 معالجة الحصيات المثانية منذ كر الوسائط الدوائية التي يوصى باستعمالها
 طبقاً لبعض النظريات بقصد تقليل تلك الحصيات وعدم فجاجها
 وأما معالجة المغص الكلوى فاهم ما فيه بالنسبة للطبيب الوقوف على حقيقة
 التشخيص حتى يحصل بذلك على نجاح عظيم ولا ينبغي في مثل هذه الاحوال
 ضياع الزمان ارسال العلق واعطاء المنيان بسبب ضعف التبرز وبرة
 الجلد وغير ذلك من الوسائط التي لا تجدى تعاملاً فينبغى اعطاء مصحوق
 الافيون مع ٣ سنتى جرام الى ٦ أعنى (من نصف قطعة الى قطعة) ويكرر
 ذلك كل ساعة أو ساعتين والتأثير المسكن للافيون لا يمكن أن يوجه اليه
 فقط النجاح العظيم الذي يحصل عقب استعماله بل الغالب ان الالياف
 العضلية لها ايبين المتقبضة بسبب تهيج الحصيات حال مرورها يحصل فيها

استرخاء بالتأثير المخدر للافيون وان حصل انقذاف الافيون المعطى من
الباطن بالقي وجب استعمال الحفر تحت الجلد بمحلول المورفين ويظهر ان
الاستنشاقات الكلوروفورمية لها تأثير مماثل لتأثير الافيون ولذا يوصى
باستعمالها في مثل هذه الاحوال أيضا وعين هذا التأثير يمكن الحصول
عليه بالغصد الغزير العام اذ به يحصل استرخاء عمومي أيضا في الالياف
العصبية لكن الغالب ان لا يلجأ اليه في هذه المعالجة وكل من اعطاء مسحوق
الافيون كل ساعة أو ساعتين واستنشق الكلوروفورم لا تسكتفي به المريض
عادة لما هم فيه من شدة الالام والقلق ويرغبون ان تفعل لهم وسائل قوية
أخرى ففي هذه الحالة يمكن استعمال الحمامات الغائرة العمومية او الجلوسية
كل ساعة أو ساعتين والضمادات الغائرة المسككة على قسم السكتين
والدهانات المسككة على هذا القسم أيضا وقد أوصى كذلك بعض الاطباء
بعود المريض على كرمى ووضع أرجله عارية على أرض باردة ويوصى
أيضا بشرب كمية عظيمة من المياه المعدنية المحتوية على حصى الكرونيك
كما سيلتس أو ماء الصودا وماء كوتروكسكيل والغصد من ذلك ادرار البول
ودفع الحصيات نحو المانة

(المبحث الرابع في سرطان الحويض) (والحالبين ودرنهما)

سرطان المسالك البولية يعد من النواذر بحيث يكاد لا يحصل الا عند امتداد
السرطان من الاعضاء المجاورة لاسمى السكتين الى جدر الحويض ويزداد
في احوال نادرة ويشاهد بجوار سرطان الكلية والمثانة تعقدات سرطانية
في الحويض والحالبين قائمة بنفسها وأما الدرن فقد ذكرناه عند الكلام
على درن السكتين وذكرنا أنه ظاهرة من ظواهر التولد الدرني المنتشر في
الحصبتين والبروستة والحويصلات المنوية والسكتين ولا ينسب في جميع
الاحوال التلاشي المنتشر الجبني الذي يعتري الغشاء المخاطي للمسالك البولية
لتكوين التهيئات الدرنية المتفرقة ولينها ولو أنه يوجد أحيانا تعقدات في حجم
حب الدخن متفرقة أو جمعة بنج عن تلاحقها قروح مستديرة غير منتظمة
في الغشاء المخاطي وفي بعض الاحوال قد يكون السطح الباطن من الحالبين

والخويض مستحيلا الى مادة مصفرة هشة بسبب تكون خلوى مستوفى جوهر الغشاء المخاطي واستحالة جينية فيه وفي محال أخرى يكون الغشاء المخاطي الذي اعتراه التغير متلاشيا منشفة قما أو يشاهد فيه فقد جوهر عظيم وفي جميع هذه التغيرات تكون المسالك البولية ممددة تمددا عظيما وجدرها مخيطة جدا وتخصيص درن المسالك البولية يكون سهلا في الاحوال التي فيها يمكن معرفة سرطان الخصيتين والبروستة بالجلس وفيها يوجد البول القلوي مختلطا بجواد قصبية وآثار جوهرية وامتداد الدرن من المثانة الى الحالبين كثير جدا بحيث يمكن القول به في مثل هذه الاحوال من قبل حصوله

تذييل

(في داء إدسون المعروف بالداء النحاسي)

المرض الذي سنذكره هنا وشرحه ادسون في سنة ١٨٥٥ ميلادية لم يزل فيه انهماء عظيم ولوا اتجهت نحوه معرفته افكار نافعة لعدة من مشاهير المؤلفين انكليزيين والمانيين كورجوهوف وما ينسر وغيرهما وبرزت عدة رسائل بخصوصه

أما ما قيل من الشك في وجود نوع مرضي مخصوص انبنى عليه شرح الطبيب ادسون وعدم وجوده فقد زال بالكلية غير انه اتضح ان التغيرات المرضية التي قيل بانها رئيسة وواصفة لهذا المرض وعليها انبنى جعل مرض ادسون داء مستقلا اعني (أولا) التغير المرضي للغدتين فوق الكليتين (ثانيا) التلون المسمر البهجت للجلد وان كانت اعتيادية فيه لم تكن ليست من التغيرات الملزمة له بالكلية فان رأى الابتداء بان داء إدسون مبنى على اصابة مرضية وفساد في الغدتين المذكورتين فينبأ به زيادة من نتائج الفحارب الفسيولوجية العديدة التي فعلت عليهم ما القصد ايضا حوظيتهما غير المعلومة الى وقتنا هذا الامر المعلوم من انه في بعض الجثث قد توجدان بالصدفة متغيرتين تغير امرضيا أو مفسدين بالكلية بدون ان يكون مجموع داء إدسون قد كان موجودا مدة الحياة وحينئذ اتجهت الافكار نحو الضفيرة العصبية الشبكية التي يجوار الغدتين المذكورتين واعترف كثير من

مشاهير الاطبا الفرنسيين والانكليز والالمانسيين الذين من ضمنهم
أبولسروميجروفرجهوف وريزل وغيرهم بالرى القائل بان المهم الرئيسى فى
هذا المرض هو حالة مرضية فى العصب المباتوى البطنى لاسمى فى الضفيرة
الشمسية والعقد الحبلية وكذا فى الفروع العصبية الضامة لها مع الغدتين
فوق الكليتين والذى يعضد هذا الرأى هو الامر المعلوم من انه فى الاحوال
التي فيها بحث فى الجثة عن العصب العظيم المباتوى وجدت تغيرات
مرضية فيه مع التغيرات المرضية للغدتين المذكورتين كالأحمرار والانتفاخ
والتكاثر الندي والاسفالة الشحمية والضمور والتلون بمادة بيضاء
أو تلاتشى اخلية العقد العصبية وقد وجد طبقات تقاويم المعلم ايلنبرغ
وجونن فى التسعة والعشرين من الصفات التشريحية التي صار فيها البحث
عن العظيم المباتوى انه متغير كثيرا اوقليلا تسعة عشر مرة وغير المتغير
والطبيعى عشر مرات وحينئذ نحالة عدم التغير فى هذا العصب ولو كان
هو الاقل يصير التوجيه الذى نحن بمصدده فى حيز النظريات لاسمى وان
اضيف الى ذلك انه لا يمكن احداث ظواهر بالتجارب الفسيولوجية
التي فعلها ادريان وشميد وغيرهما على العقد البطنية تشابه ظواهر
داه إدسون وعلى هذا انبى القول بنظريات أخرى وهى ان المرض
الذى نحن بمصدده لا ينشأ عن اصابة مرضية فى العظيم المباتوى بل
عن اصابة مرضية فى المجموع العصبى المركزى حتى ان المعلم روسباخ
عرف هذا المرض بانه اضطراب وظيفى بدون تغيرات تشريحية مدركة
فى المجموع العصبى مرتبط بتغير فى الغدتين فوق الكليتين ارتباطا عظيما
اكثر لادائى ومنصف باضطراب عصبى عقلى وانيميا عظيمة وضعف
شديد وتلون يجمتى داكن فى الجلد ولاجل بيان الارتباط الممكن بين التغير
اليجمى للجلد والاضطراب العصبى يرتكن الى ما ذكره ويجعل فى شرحه
للبرق والتلون اليجمى الاسود الموضعين أى القاصرين على أجزاء محدودة
من بعض الاعصاب وهكذا الى سرعة السبب عقب الانفعالات
النفسية المخزنة وقد صار تعضيد الرأى القائل بان التلون اليجمى للجلد
ناشئ عن اصابة مرضية للغدتين فوق الكليتين بانه كثير ما يوجد

ازدياد في المادة الملونة للجلد من تبطئة بالامراض المختلفة للرحم
واضطرابات الحيض وفي أثناء الحمل المعروفة بالنسكس العكيدية
والحسنة الرجية

ثم ان التغيرات التشريحية للغدتين فوق الكليتين ليست واحدة في جميع
احوال داء اذسون ففي معظم الاحوال توجد استجابة ليفية جينية فيهما
ينتهي بها التهابهما المزمن وهاتان الغدتان تكونان متزايدتين في الحجم بحيث
تكتسبان قدر حجمهما الطبيعي مرتين أو ثلاثة حتى تصلا الى حجم البيضة
وتتجهلا الى مادة خلالية مرصعة بتعقدات مخيطة أو متكتلة وسطهما
يكون غير مستوعدة ويمكن ان تلتصقا بالاعضاء المجاورة وقوامهما يكون
يابسا صلبا والاستحالة اما ان تكون عومية او خثرية فاصرة على بعض بورات
والاصابة المرضية تكون غالبا من دوجة والاحوال الكثيرة المشاهدة
التي فيها تكون الغدتان متلاشتين بالكلية تنافي النظريات القائلة بانهما
عضوان مفترزان وان داء اذسون يتعلق بازدياد تكون فيهما من جواهر
كيمياوية ذات تأثير مضر (لا سيما من حمض الصفراء) وهي جواهر تحدث
فسادا وانحلالا في الكرات الدموية وبذلك تحدث الانهيا العظيمة اما رسوب
المادة الملونة للدم في الجلد فيحدث اللون النحامي وقد شوهد في احوال نادرة
بدلا من الاستحالة الليفية الجينية سرطان وانسكاب دموي في جواهر هذين
العضوين او مجرد ضمور فيهما ولذا قال كليس وله الحق في ذلك ان سبب
اللون النحامي للجلد لا يكون منه لقا بالطبيعة النوعية للتغير المرضي لهذين
العضوين بل بالاحوال المرتبطة بحصوله وامتداده فيهما والتلون المدمر للجلد
ينشأ عن تراكم مادة بيجمنتية معمرة في اخلية الشبكة المبيجية لكن قد
تشاهد كذلك اخلية بيجمنتية في جواهر الجلد تخالف اخلية التي توجد
في الشبكة المخاطية المبيجية واحتوائها على الحديد وقد تمقد بالكلية
مضاعفات مهمة في غير هاتين الغدتين من الاعضاء وكثيرا وجود انتفاخ
الطحال والاجربة المعوية وتجميع العقد المسارية وتسوس الفقرات

ثم ان داء اذسون نادر الحصول لكن لا يصل في درجة الندرة الى ما كانوا
يزعمون واصبابه تكون غالبا غير واضحة لكن يكثر حصوله عند الفقراء

والظاهر ان لافعال النفسية المستمرة والحزن والفاقة تأثيرا في احداثه
وتصاب به الرجال اكثر من النساء والسن المتوسط وان كان أغلب المرضى منه
لكن لا تصان منه الشيخوخة والاطفال (فقد وجد جرهر دقي مائة وتسعين حالة
منهم ١٧ منهم أقل من ١٥ سنة واحد حدث الاطفال كان سنه ثلاث سنوات
وفي سبعة أحوال ابتداء في السنة الرابعة عشر وفي خمسة عشر بعد
السنة العاشرة)

ولا يندر ان يشتد هذا المرض بظواهر لا تكاد تدل على طبيعته وهي ان
يشتكى المريض بالام في الاطراف او الظهر تعتبر عادة روماتيزمية وتفضل
بالخصوص ظواهر تدل على حالة انماوية عظيمة واضطراب عميق عصبي عقلي
ويعتق كل من الجلد والاعشبة المخاطية وتنقص قوة الفعل العضلي وحالة
المرض العقلية تكون عادة خاملة أو متعجبة او يعلن كل من الدوار والم
الرأس وقد النوم بل وتنقص القوة العقلية على مرض عصبي ثم يشتد
التلون اليجمى اذا كن الجلد أحيانا بسرة أى مع الظواهر السابقة في آن
واحد أو بعدا بها بشهر بل وسنبر وبحسب طرؤ هذا التلون المتقدم أو المتأخر
يتقدم تشخيص هذا المرض أو يتأخر بل والتلون اليجمى المذكور قد
لا يتضح الا قبل الموت بقليل أو ان الموت ربما طرأ بسرة قبل اتضاح التلون
وأول اتضاحه يكون في لون اجزاء الجلد المعرضة للضوء ولذا كان من الجائز
الوقوع في الخطا والقول بان التلون المسمى الوجه في أثناء الفصل الحار في
السنة نائى ولا بد من تأثير اشعة الشمس ثم يصل التلون المسمى في باقي اجزاء
الجسم التي تكون عادة كثيرة المادة اليجمى كحلمة الثديين وقمحت الابطين
والاعضاء التناسلية والسطح الباطن من الفخذين ثم يحصل في بعض اجزاء
الجلد المعرضة لمهيجات ظاهرة بواسطة الحرارة في اوضاع الملابس ونحوه
اذ يذ لك يحصل فيها احتقان مستمر وهذا التلون يمتد من هذه الاجزاء الى
الاجزاء المجاورة لها بدون حد واضح لكن يندر ان يكون عموم سطح الجلد
ممتلنا بالسرة على حد سواء

وأما درجة تلون الجلد فيشاهد فيها تنوعات عديدة من اللون الاسمر الخفيف
او الداخلى السجاني كالذى ينشأ في أشعة الشمس الى اللون الاسمر الداكن

الى الاسود ومع ذلك فاللحمية الصلبة (ضد الماء شاهد في اليرقان) لا تنتشر
في اللون البهمنى بل انها تقايف بلونها الايماوى اللؤلؤى الابيض اللون
المضر هذا كن للوجه وزيادة عن تلون الجلد المنتشر السابق ذكره تشاهد
غالباً تلوناً يحمينية صغيرة محدودة نكتية أو شريطية تكون اما شاغلة
لبعض اجزاء الجلد ذات لون طبيعي او منتشرة في بعض اجزاء مسيرة على هيئة
نكت أو كثر د كنه في اللون وفي بعض الاحوال قد لا يوجد تلون منتشر
في الجلد بل زوايا يحمينية بقية ولنذكر أخيراً انه قد يوجد تلون يحميني
خفيف في حافة الشفتين أي دائرة الفم وخشائهما المخاطي (واسياتاني)
دايرة اللثمة وفي البلعوم وفي الشفري الصغيرين) ووجود ذلك في الاحوال
التي فيها يفتقد تلون الجلد العام يوقف الطبيب لتوجيه الظواهر العصبية
والانماوية الموجودة وفعل التخصيص

وفي معظم الاحوال تطرأ ظواهر مرضية تدل على اضطراب المعدة والمعما
كفقد الشهية وسوء الهضم وتام القسم الشراسيفي والفواق والاسهال
المستعصى ولا سيما نوب القيء الشديدة المتردة ومن المهم ظهور عوارض
عصبية تحصل في اخذ دور هذا المرض كالدهوار والاعياء والهذيان ونوب
الجنون وتشجات مختلفة موضعية فاصرة على بعض الاعصاب أو
عمومية صرعية وتنفس عميق يؤدي الى فقد الشعور وفي أحوال كثيرة تؤدي
تلك العوارض الى الموت الفجائي وفي أحوال أخرى يتقدم الانحطاط شيئاً فشيئاً
حتى تنطفي الحياة بدون تلك العوارض وهناك بعض مشاهدات تؤيد القول
بامكان شفاء دا ادسونو يكاد ينتهي دائماً هذا الداء بالموت ومن النادر
حصول ذلك في أسابيع قليلة والغالب ان يحصل بعد زمن طويل مع تعاقب
في التفسير والتناقل وأحياناً لا يحصل الموت الا بعد عدة سنين وفي الدور
الاخير لهذا المرض قد تحصل ثورات جية

ومعالجة هذا الداء يقتصر فيها على اتمام ما تستدعيه المعالجة العرضية حيث
لم يكن هندينا وسائطها يمكن مقاومة الاصابة الاصلية لهذا المرض كالغذية
الجيدة واستعمال المركبات الحديدية ونحو ذلك من الوسايط المقوية وان لم
يكن لها تأثير قوي في سير هذا المرض

الفصل الثالث في أمراض المثانة
(المبحث الأول في التهاب المثانة التزلي)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

التهاب المثانة التزلي يمكن أن يحصل أولاً من مهبجات لا واسطية تؤثر على الغشاء المخاطي المثاني كالحقن غير الجيدة الذي يفعل في أحوال السيلان المجري وكالقسطرة غير الجيدة المتكررة ومن الاجسام الغريبة في المثانة سيما الحصى واختلاط الجواهر المهيجة بالبول أو بتسكوس جواهر مهيجة من المثانة عقب المخاللات أجزاء البول وفسادها تحدث الاشكال الثفيلة من التهاب المثاني التزلي ومن هذا القبيل التزلات المثانية التي تنشأ عن الافراط من استعمال الذراريح وبلغم الصكوباي ونحو ذلك والتزلات المثانية التي تنشأ عن الامراض المحدثه لاحساس البول كأمراض النخاع ومدة سير النيفوس وتضايق قضاة مجرى البول وانتفاخ البروستة ونحو ذلك وأيضا استعمال البوزة الحديثة غير المنجزة جيداً ينتج عنه نزلات مثانية وقوية ثانياً قد ينشأ التهاب التزلي المثاني عن امتداد التهييج الالتهابي من الاعضاء المجاورة ومن هذا القبيل بعد التهاب المثاني التزلي الذي كثير اما يصاحب التهاب البروستة والسيلان المجري ويستمر بعد شفائه ثالثاً قد يحصل التهاب المثاني التزلي من تأثير البرد على الجلد سيما على الاقدام والبطن رابعاً قد يصاحب على العموم التهاب المثاني التزلي العرضي التولدات الجديدة وغيرها من الامراض المثانية الثقيلة

* (الصفات التشريحية) *

في الاحوال العادية لهذا المرض يظهر الغشاء المخاطي المثاني في مجرى منتفخاً رخواً وسطحه مغطى بمادة مخاطية مختلطة بكمية مختلفة من الخلقة البشرية المنفصلة واخية حديثة التسكوين وفي التزلات المزمنة يختفي الاحمرار ويظهر لون الغشاء المخاطي سفجياً وسخاو يكون هو مميكا منتفخ وكذا المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي والمنسوج الخلوي الضام للاليف العضلية وكذا الاليف العضلية نفسها تكون سميكة في حالة

ضخامة ويوجد على السطح الباطن من المثانة في هذه الاحوال مادة مخاطية سنجابية قهية او نضج قبي مصفر والغالب ان يكون البول منفسدا بسبب تأثير الافراز المرضي عليه تكهيرة فيكون ذا رائحة نوحا ذرية شديدة وخواص قلوية

ومن اثناء آت الالتهاب المثاني التزلي المزمن الانتهاء بالشفاء نادرا بل الغالب ان يتضاعف في سيره بتكوين اخلية جديدة على سطح الغشاء المخاطي المثاني وبشكون اخلية جديدة كثيرة في جوهر الغشاء المخاطي نفسه وفي المنسوج الخلوي تحته والمنسوج العضلي وبهذه الكيفية تحدث القروح المثانية التزلية والحراجات تحت الغشاء المخاطي المثاني وبها تين الحالتين يمكن ان تتقرب جدران المثانة فان حصل ذلك عقب التصاق المثانة بالاعضاء المجاورة بواسطة التهاب مثاني دائري تكون عن ذلك خراجات محيط المثانة تنفتح في الاحوال الحميدة الملتصقا الظاهر او في المستقيم او المهبل وفي الاحوال غير الحميدة تنفتح في تجويف البطن وهناك انتهاء آخر للالتهاب التزلي المثاني المزمن وهو الانتهاء بالتقرح المنتشر وهذا الانتهاء لم يكن كثير الحصول الا انه ينشا بالخصوص في الاحوال التي فيها يؤثر البول على الغشاء المخاطي للمثانة تأثيرا كالا لافساد عقب احتباسه وفساده وفي هذه الحالة يوجد الغشاء المخاطي المثاني لبناني اعلا درجة متغير اللون ذاهية ومغضة ولون امهر حجر او اسود ويكون مغطى بنضج ومن او مستحيلا الى مادة فطرية خلية مرشها بالصديد والالبياف العضلية للمثانة تكون باهتة سهلة التمزق والمنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي وبين الالبياف العضلية يكون مرشها بالصديد ويوجد في المثانة نفسها ماثل امهر مسود كلون الشكولاتا ذور رائحة نوحا ذرية شديدة متكونة من البول المنفسد ومن الدم او الصديد ومن تدف من الغشاء المخاطي التتهك وفي الاحوال الثقيلة جدا يمتد الفساد الى جميع طبقات المثانة فينصب مقصلا في تجويف البطن وهناك انتهاء ثالث للالتهاب المثاني التزلي المزمن وهو الانتهاء بنش جدران المثانة وضخامتها ضخامة عظيمة ناتجة عن ضخامة الالبياف العضلية التي اضر نالها فيما تقدم وهذه الضخامة قد تحصل احيانا بدون الالتهاب التزلي المثاني اعني عند وجود عايق عظيم

في حركة انقذاف البول وجدر المثانة في هذه الحالة تكون ثخينة من بعض
 خطوط الى نصف قيراط بل ازيد والحزم العضلية تكون حواجز مستديرة ينتج
 عنها في السطح الباطن للمثانة ارتفاعات كالحواجز بحيث تشبه في المنظر
 السطح الباطن للقلب الايمن (ويسمى المشرحون ذلك بالمثانة ذات الاعمدة)
 ويميز للعضامة المثانية نوعان على حسب تزايد تجويف هذا العضو الواقع
 في العضامة او تناقصه فتسمى العضامة في الحالة الاولى بالعضامة الدائرية
 وفي الحالة الثانية بالعضامة المركزية ففي الشكل الاول من هذه العضامة
 للمثانة يصعد هذا العضو الى اعلا نحو العصرة وفي الشكل الثاني يصغر حجمه
 حتى يبلغ حجم الجوزة وفي بعض الاحوال من الالتهاب التزلي المثاني المزمن
 سيما اذا كان مصحوبا بعائق في انقذاف البول يندفع الغشاء المخاطي
 بين الالياف العضلية المتباعدة فينشأ عن ذلك جيوب تكون في الابتداء
 صغيرة ثم تتدشأ فكب أو تكون جيوبا عظيمة ذات عمق في حجم قبضة اليد
 وأزيد ويحل اتصال هذه التجاويف بالمثانة يكون على شكل فوهة مستعرضة
 ثم تنصير هذه الفوهة فيما بعد مستديرة شبيهة بالفوهات ذات العضلات
 العاصرة وحيث ان انقذاف البول من هذه الجيوب لا يكون تاما فلا يندران
 يحصل فيهما رواسب بولية وتكون مجلسا لحصيات متكيسة

* (الاعراض والسبب) *

الالتهاب التزلي المثاني قد يكون احيانا مصحوبا بنظواهر شبيهة لكن الغالب
 ان يفتقد ارتفاع الحرارة وتواتر النبض في هذا المرض وفي أحواله الحديثة
 تشكي المرضي بالام غير محدودة في الجزء السفلي من البطن والجنان وتمتد
 هذه الآلام الى الاعلا نحو الكبتين وإلى الاسفل نحو قناة مجرى البول الى
 الحشفة وبالضغط على القسم المثاني لا تحس المرضي بالآلام الا في الاشكال
 الثقيلة لهذا المرض والغشاء المخاطي المثاني الذي يكون محتقنا منه هيا
 لا يكون له قدرة على ملاسة البول بحيث ان تجمع قطرة قليلة من هذا السائل
 في المثانة يحدث عند المرمي زحير بولي شديد او قد تكون العضلة العاصرة
 المثانية في حالة انقباض تشنجي وبذلك ينشأ احتباس البول وزحير بولي
 شبيه بما يحصل في المستقيم عند التهاب هذا العضو التهابا تزليا فالمرضى

تكدان لا تنزل من ايديهم اناء التبول والبول نفسه يكون مؤلما جدا والنقطة
القليلة التي تسيل من قناة مجرى البول في مسامات قصيرة فتحدث عندهم
احساسا شديدا ورواها الرصاص الذي في القنصب وفي ابتداء هذا المرض
يكون افرار المواد المخاطية قليلا كما يشاهد ذلك في جميع التهابات الغزلية
الحديثة ثم فيما بعد يصير البول المنقطع متعكرا ويرحب منه راسب مخاطي
كثير الغزارة او قليلا ثم ان هذا المرض قد ينتهي سيرة في ظرف بعض ايام
بالشفاء بل والاحوال الغزلية الحقيقية للثانة التي تنتج عن تعاطي البوزة
الحديثة يمكن ان تنتهي في عدد قليل من الساعات وفي احوال أخرى يمتد سيرة
هذا المرض زمنا طويلا فينتقل الى الحالة المزمنة وحينئذ يشاهد مدة سيرة
هذا الالتهاب انقباض مسرعا في العضلة العاصرة المثانية يؤدي لاحتباس تام
في البول وكثيرا ما ينشأ في أثناء سيرة الغزلة المثانية لاسماع عند الشيوخ حالة
شمل في العضلة المضيق للثانة تؤدي كذلك لاحتباس في البول وذلك ينتج
عن تغيرات تاييمية كالا وذيما والاستهالة الضخمية لعضلات المثانة وهذا هو
الذي يصير الغزلة المثانية البسيطة عند الشيوخ خطرة للغاية

وفي الشكل المزمن للغزلة المثانية تنفص الا لام بعد بعض زمن لكن عدم
اطاقة المثانة لتحمل ملاسة مفضلها والتطلب المتكرر للتبول يستمر ان
وكية المواد المخاطية المنفرزة تزداد اذ يدا اعظما وفي الابتداء ير سب من
البول تدريجا طبقة مخاطية شفافة ثم يصير هذا السائل فيما بعد كثيفا متعكرا
والراسب غير شفاف ميهنا أو مصغرا ومتى اعتري البول داخل المثانة الضمير
القلوي كما بدأ افرار الغشاء المخاطي المريض المحتوي على كثير من الكرات
التي هي والاخلية البشرية المفسدة استهالة مخصوصة وصار مكونا للمادة
هلامية بحيث تبقى مقاسكة ببعضها ومكونة لقيوط مستطيلة عند صب
البول من اناء الى آخر

وقد ذكرنا في الطبقات المتقدمة من كتابنا هذا ان المواد المخاطية المنفرزة
بكية عظيمة تؤثر على البول في غالب الاحوال كتحيرة فيثاقبه عن ذلك الضمير
قلوي وبه تسهيل البولينا الى كرونات فوشادر فتكون في البول اتحادات
فوشادرية ككبولات النوشادر وصفاته وصفات الماتريا أي املاح
مئات القاعدة

وذكرنا أيضا ان المواد المخاطية المختلطة بالبول لا تحدث هذا القصر القلوي
على الدوام ووجدنا في احوال عديدة من هذا التهاب فيم البول كل دائما
ذا خواص حمضية وقد تحقق عندي في السنين الاخيرة بمشاهدة من المعلم
ترويه وبمشاهدات وتجارب خاصة بان المثلث القصر البول القلوي في المثانة
ليست المواد المخاطية المثانية بل حيوانات دقيقة تصل على غلبة الظن
بالاكثر الى المثانة بواسطة القساير الغير النظيفة وعندى مشاهدة
أكلينكية مثبتة لهذا الامر في أعلى درجة وهذه المشاهدة تخص صابة
بشل في المثانة وكانت تقطر مدة أسبوع عديدة بقساير غير نظيفة فظهر
عندها القصر البول القلوي في أعلى درجة وكان البول المستفرغ منها
ذا خواص قلوية ورائحة تشادرية نفاذة ومحتوى على بلورات من بلورات
التشادر ومن فسقاته وفسقات المائز ياوهوام عديدة وفطر نباتي دني ولم
يوجد فيه مادة مخاطية ولا أخلية جديدة ولم تكن المريضة مصابة بقرعة مثانية
من قبل

ثم ان التهاب المثاني التزلي المزمن يستمر سيرة جملة اسابيع او أشهر بل
وسنين وكما استطالت مدته كان العشم بالشفاء قليلا

ويظن بتكوين قروح في الغشاء المخاطي المثاني متى صار الاسباب قهريا
أكثر من كونه مخاطيا ونخرج مع البول زناقر منابض مواد دموية وظهرت
حمى حفية دقيقة منه كالأرض جدا وفي مثل هذه الاحوال تهلك المرضى بما
يسمى بالسل المثاني سيما متى اصطبغ بشكون خراجات عظيمة حول المثانة
وقروح باصورية مسقرة النفخ

وعند انتهاء التهاب المثاني التزلي المزمن بالثقرح المنتشر يشاهد ضعف
القوى ضعفا عظيما وتتغير مهنة المريض ويصير النبض صغيرا خيطيا والجلد
باردا والبول المنقلب متغير اللون فيكون أغمرا أو اسود مخضلا باهداب من
الغشاء المخاطي وذات رائحة منتنة وتهلك المرضى عادة في مدة بعض أيام
مع الانحطاط العظيم ولوبدون حصول تهتك كلي في جدر المثانة وانسكاب
البول في تجويف البطن

وأما نحن جدر المثانة بضامة الباقها العضلية فتعرف عند تمدد هذا العضو

تظهر ورم ذي مقاومة خلف الارتفاق العالى يمكنه ان يمتد الى السرة أو
 أعلاها وهذا الورم يمكن اختلاطه عند النساء بالرحم المتسدد وفي العادة
 لا تكون للررضى قدرة على استفرغ المثانة الضخمة المتعددة استفرغاتها
 ولولم يكن عندهم انسداد في عنق المثانة أو في قناة مجرى البول يعوق التبول
 فلا يخرج من المرضى الا البول القذى يكون زائدا عن حد امتلاء المثانة
 المتعددة تمددا عظيما فلا يجد له مخرجا فيهابل قد يسيل منهم هذا السائل سيلانا
 جسيما عند شلل العضلة العاصرة بكيفية مخصوصة ولذا قد يشاهد أن
 المرضى قد يخرج منهم في ظرف ٢٤ ساعة كمية اعتيادية من البول ومع
 ذلك فلم تزل المثانة ممتوية على قدر رطلين أو ستة من البول ولا يمكن إخراج
 الا بواسطة القسطرة وفي الضخامة المركزية للمثانة يحس بوزم صلب بواسطة
 جس المهبل أو المستقيم وهذا الورم يمكن ان يقسب عنه التباسات عظيمة
 بمدة أمراض وحيث أن المثانة في مثل هذه الحالة لا يكون لها قدرة على
 التدد فيوجد عند المريض تطلب مستمر للبول متعب جدا وان كانت
 العضلات العاصرة منشطة وجد عندهم سلس بولي مستمر

(المعالجة)

أما المعالجة السببية فتستدعي أولا تبعيد المؤثرات المهيجة التي أثرت على
 انشاء الخفاطى الثانى وادئت المرض في الاحوال التي فيها يكون سبب
 القولة المثانية القسطرة غير الجيدة أو الحف المهيج في قناة مجرى البول يمكن
 تبعيد ذلك كما أنه يمكن الحصول على ذلك أيضا في الاحوال التي يكون فيها
 سبب المرض استعمال الذراريح أو طالة استعمال الحراريق أو المراهم
 المهيجة أو فيما اذا نتج تهيج المثانة عن الاحتباس المستطيل للبول وفساده واذا
 كان من المثانة ناتجا عن امتداد الالتهاب من قناة مجرى البول أو الرحم
 يجب ارسال العلق على الجفان أو الجزء المهبل من الرحم وفي الاحوال التي
 يكون فيها سبب هذا المرض تأثير البرد تستعمل المعالجة المبرقة

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي في الاحوال الحديثة التي تكون فيها جميع
 مكابدات المريض تقييلا استعمال الاستفرغات الدموية كارسال العلق
 والاجود ارساله على الجفان لأعلى العانة وفي غائب الاحوال يمكن

في الالتهاب المثاني النزلي الحاد استعمال الغمادات الفاترة على الجزء
الاعفل من البطن والحجامة العمومية الفاترة لاجل تطبيق مكابدات
المريض الناقبة عن هذا المرض وانتهائه انتهاء جيداً وما بعد ذلك ينبغي
الاجتهاد في ان يكون البول الواصل لثلاثة مخففاً ما أمكر بواسطة المشروبات
المائية الغزيرة وليس من الضروري ان يضاف لهذه المشروبات جواهر
غروية أو زبقة بل الذي ينبغي تجنبه فقط استعمال ملح الطعام والافاويه
وأجود ما يعطى للمريض المشروب بالخميرة الصناعية كانت أو طبيعية كما
سلترمز وما ولد وفجر وفاشجر وجلثور وماه الصودا أو ماء الكلس الممزوج
بقدره من اللبن ومن المددوح جداني معالجة الالتهاب المثاني النزلي الحاد
ثمر الكبريت النباتي (بان يعطى منه قدر ١٥ جراماً أعنى نصف أوقية
ممزوجة مع ٤٥ جراماً أعنى أوقية ونصفاً من العسل ويصنع ذلك على هيئة
مرقة يعطى منها كل ساعتين ملعقة صغيرة) وكذلك من المددوح جداني
الالتهاب المثاني النزلي الناشئ عن استعمال الذراريح الكافور (بان يعطى
منه ٣ دمي جرام أعنى ٦ فمات على ١٥٠ جراماً أعنى ست أواق
من مستحلب اللوز) وكذا يعطى في هذا المرض لاجل مضاربة الآلام والزعير
المثاني مع النجاسات الاقيون بقدر صغير على شكل مسحوق ووقير فيعطى
منه للمريض مقدار كاف في المساء قبل النوم او يعطى على شكل الصبغة
الاقبونية بقدر صغير أو يستعمل الحقن تحت جلد الجزء الاسفل من البطن
بواسطة المورفين وأما اذا زالت الآلام ووجد البول ممزوجاً بكمية
عظيمة من المواد المخاطية والسكرات الصديدية وجب استعمال
القوايض وأكثر ما يستعمل في هذه الاحوال مطبوخ أوراق عنب الدب
(١٣) جراماً على ١٥٠ من الماء أعنى نصف أوقية على ست أواق من
الماء ويعطى مر ذلك كل ساعتين ملعقة كبيرة) واجود من ذلك تأثيراً
استعمال الثنين مع الاستقرار وقد شاهدت منه نجاحاً عظيماً في الاحوال
المتعصية لهذا المرض وفي الادوار الاخيرة للالتهاب المثاني النزلي
الحاد خصوصاً في الشكل المزمن منه تستعمل بكثرة المياه المعدنية القلوية
كما قبشني وإمن ونحو ذلك وكذا يحصل نجاح عظيم من استعمال الجواهر

البلغمية الراتنجية فاولها تأثيرا جيدا على السيلان المخاطية المجرية
وذلك كزيت الترمنتين واما القطران وبلغم البيروخ خصوصا بلغم الكوباي
الذى يعطى فى محافظ صغيرة مقروية واذالم تخرج هذه الوسائط وجب
الانتقال لاستعمال المعالجة المنومة الا واسطة على الغشاء المخاطى
المشأنى بواسطة الحقن خصوصا الحقن بالماء الفاتر الذى تقفّض بالتدريج
درجة حرارته الى ١٦ درجة ريمير وهذه الطريقة المنسوبة الى المعلم سيبيال
تستعمل خصوصا عند النساء بنجاح عظيم وقد يضاف للماء الفاتر بعض
الجواهر المططفة كاللين ومطبوخ الحطمية أو الصمغ وبني أن يفعل الحقن
بالاحتراس أو بواسطة جهاز هيجار واذأريد استعمال الحقن بالقوايض ينبغي
الاحتراس العظيم فى ذلك وذلك كحقن محلول نترات الفضة الخفيف
وكبريتات الزنك وحض الزنك والنيك والتير ونحو ذلك أو الحقن بواسطة جواهر
مخدرة (كخلاصة الافيون أو خلاصة ست الحسن) أو بجواهر مضادة للتعفن
(كحمض الكربوليك) وقد تستعمل الحقن كذلك بمسحلب بلغم
الكوباي (بقدر ثلاث جرامات على ١٥٠ أغمى درهم) على صت أو اق
كما أوصى به بعض الاطباء ومدحه مدح عظيما والتأ كدمن وجود قروح
فى المشانة لا ينوع المعالجة وأما التفرح المنتشر لغشاء المخاطى المشأنى فليس
للمعالجة فيه ادنى تأثير وفى الفضة الدائرة يلبسنى قسطرة المشانة
واستفراقها بالقساطير مع الانتظام كل ٨ ساعات أو ١٢ ساعة ويوضع
للمريض حزام مرص على البطن واما فى أحوال الفضة المركزة بومضى
المريض بعكس ذلك فيؤمر بمحجز البول زمن طويلا ما أمكن لاجل تعدد المشانة
ثم سد داندريجيا وقد أوصى بعض الاطباء فى مثل هذه الحالة بوضع قساطير
مرنة فى المشانة وضعا مستورا وسدوها بسدادة ولا تستفرغ المشانة الا كل
ساعتين أو ثلاثة

(البحث الثانى فى الالتهاب المشأنى ذى)

(الغشاء الكاذب والحقيرى)

الالتهاب المشأنى ذو الغشاء الكاذب والحقيرى يكاد لا يحصل الا فى مدة
سيرة الامراض التدمية الثقيلة كالقدم العفن والنفوس والجدري

والقرصية ويصاحب اذذاك التهابات مماثلة له في أغشية مخاطية أخرى
ويندر حصول هذا الالتهاب من الإفراط في استعمال الذراريج أو عقب
الولادة الشاقة وعقب التبرج الشديد جدا المثةانة بواسطة البول المتفسد وفي
هذا الشكل من هذا الالتهاب يتكون نضج التهابي منعقد متفاوت
العمك والقوام فنارة يكون مغطيا للسطح السائب للغشاء المخاطي المثاني
أو مرصته في منسوج هذا الغشاء ويندر أن يكون هذا الجميع سطح
المثانة بل الغالب أن يكون قاصر على بعض اصفارها مكونا لبقع ذات شكل
مستدير أو أشربة وبعد انفصال الحشكريشات الدفعية يخلفه فقد جوهري
الغشاء المخاطي ولا يمكن معرفة هذا المرض مدة الحياة إلا بخروج تدفقات
غشائية مبيضة اللون مع البول مصحوبة بزحير بولي شديد وفي الالتهاب
المثاني ذي الغشاء الكاذب الذي يشاهد أحيانا عقب الإفراط من استعمال
الذراريج أو الولادة الشاقة بواسطة الجمت قد شوهد خروج أغشية كاذبة
عظيمة مع البول ومعالجة الالتهاب المثاني ذي الغشاء الكاذب والدفعية
تستدعي نفس الوسائط العلاجية التي أوهينا باستعمالها في الأحوال
الشديدة الحادة من الالتهاب المثاني التزلي

« (المبحث الثالث في الالتهاب المثاني الدائري)

يحصل في المنسوج الخلوي المحيط بالمثانة أي الضام لها مع الأجزاء المجاورة
التهابات فلفمونية ذاتية أحيانا تعرف بالالتهاب المثاني الدائري بقطع
النظر عن الالتهابات التي تحصل في هذا المنسوج الخلوي عقب تثقب المثانة
وقروح جذرها أو خراجات فيها وحصول هذه الالتهابات الفلفمونية أندر
من حصولها حول المستقيم وتكاد لا تشاهد إلا في الأمراض التسمية
كالتيقوس والحيمات الطفعية الحادة ونحو ذلك ويندر جدا أن يكون حصول
هذا الالتهاب ذاتيا عند أشخاص سامة من قبل بدون اسباب معلومة وهذا
الالتهاب له ميل عظيم للالتئام بالتقيح وتغثر المنسوج المصاب ويمتد
بسهولة إلى المنسوج الخلوي الضام لبقية أعضاء الحويض ببعضها والمثبت
لها يجدر الحوض ويمكن أن ينسكب الصديد في المثانة أو المستقيم أو المهبل
أو جهة الخارج من البهتان وزيادة عن ذلك يصطبغ الالتهاب المثاني التزلي

المزمن وقروح المثانة بالالتهاب الدائري المزمن لهذا العضو الذي يؤدي
لحصول كثافة وتيبس في المنسوج المحيط بالمثانة والتصاقها بما حولها
التصاقاً متيناً وفيه قد تتكون أيضاًخراجات في بعض الاحوال

وفي أغلب الاحوال يكاد لا يعرف هذا المرض فان كلاً من الزحير البولوي
المؤلّم والاسلام الماء المستمرة في الحوض والقشعريرات المتكررة والاحتباس
البولي التام اذا كان الحالبان أوقناتاً مجرى البول منضخطة بالخراج
المتكون لا يرتكن اليه سم التامسكيد في التشنج ولا يصير أكيدا
الامني وجدخراج في الجهة المقدمة من المثانة أعلى العانة وكان هذا
الخراج مكوناً لبروز كرى الشكل لا يزول عند استقراغ المثانة او كان مكوناً
لورم متوجع في العجان أو احس بتفوج هذا الورم عند الجلس في المستقيم
أو المهبيل ومعالجة الالتهاب المثاني الدائري من خصوصيات الجراحة

(البحث الرابع في درن المثانة)

(وسرطانها)

درن المثانة يحصل عادة حصولاً تابعياً لدرن الحالبين والكليةتين والحويض
ويظهر في المثانة كذلك اما على هيئة درن منتشر أو متجمع يعقبه بعدلته
وتقرحه قروح غير منتظمة مستديرة تارة وتارة تحصل اتصالاً جيبية
منتشرة في الغشاء المخاطي المثاني تؤدي لحصول تمتهكات مقسمة فيه لكن هذا
أندر حصولاً لهما في الحالبين والحويض

ثم ان امراض الدرن المثاني تشابه بالكلية امراض الالتهاب المثاني التزلي
المزمن والتقرح المثاني المزمن ويوجد عند المرض أيضاً في هذا المرض
زحير مثاني مؤلم ويكون البول مختلطاً بمواد مخاطية صديدية خزررة ذات
رائحة نوسا درية من فسادده والخلاله ويحصل عند المرض أحياناً انزفة
مثانية وعلامات ضخامة المثانة الدائرية والمركزية فصاحب الدرن المثاني
والذي يرتكن اليه في تشخيص هذا المرض مع التأكيد الاسمى الدرنية
للخصيتين والبروستة وكذا ظهور الياف مرة أو خريزات عظيمة من جدر
المثانة يستدل منها على وجود تغير مقسدي في هذا العضو ويرتكز الى ذلك
في التشخيص التمييزي وقد شاهدت في امرأة معترها درن المثانة والمسالك

البولية والكليتين قرحة فحبر منتظمة مشرزمة ذات قاع سفجاني في المخرج
محيطة بشهوة قناة مجرى البول

ومعالجة الدرن المثاني هي عين معالجة التهاب التزلي المثاني المزمن لكن
لاثرة فيها على العموم

وأما سرطان المثانة فليس كثير الحصول ويظهر في المثانة لما ظهور اوليا أو
تابعيا لامتداد الاستحالة السرطانية من الرحم أو المستقيم الى المثانة وانه كال
سرطان المثاني التي تشاهد في السرطان الاسكري والنحاشي واكثر
منهما السرطان الهلامي أو النحلي ففي الشككين الاولين تشاهد اما استسالات
سرطانية منتشرة في جدر المثانة يحصل عقب تلاشيم استساقات بين المثانة
والمهبل أو سننا وبين الرحم والمستقيم واما ان ينشأ عنها أورام محدودة او ذات
عنق في المثانة وأما السرطان النحلي فيمكن ان يكون فيه مادة سرطانية رخوة
متكونة من تولدات دقيقة خلية تتوج في الماء وتتفصل مدة الحياة زمنا
فزمنا فينتج عن ذلك انزفة مثانية

وكذا في السرطان المثاني تكون الاعلامات الاكثر وضوحا عند المريض هي
علامات التهاب المثاني التزلي المزمن وفي هذا المرض يحصل التزيف
المثاني بكثرة عما يحصل في الدرن المثاني ويرتكب في التشخيص التمييز الى
استهزاء الاعراض وثناقلها على الدوام ووطء ورسوء التقنية السرطاني ووجود
اورام سرطانية في الاعضاء المجاورة وبالمخصوص على البعث المبكر سكوبي
عن الجزئيات السرطانية التي تنفذ في مع البول زما فزمننا والمعالجة لا تشمر
في هذا المرض وتكون قاصرة على مقاومة الانزفة وابقاؤها وعلى ازالة
احتباس البول الذي يحصل زما فزمننا وعلى باقي الاعراض الخطيرة

(المبحث الخامس في التزيف المثاني ويعرف)

(بالبول الدموي)

التزيف الذي يحصل من الاوعية المثانية يكون بنوعه في كثير من الاحوال
جو حيا أو سكوبا يحصل هذا الشكل من الاجسام الغريبة التي دخلت
في المثانة او حصياتها ذات الحوا الى الحادة وعند النساء المصابات بالاستر يا
كثيرا ما تشاهد احوال غريبة من هذا القبيل فانهم كثيرا ما يدخل

في اعضاء التناسل اوقدة بجرى البول اجساما غريبة تكون سببا لحصول
التزيف وفي احوال اخرى تؤدي قروح المثانة لتأكل في جدر الاوعية
وحصول التزيف المثاني وهكذا التولدات المرضية الجديدة كالدرن
والمرطان سيما السرطان الخبيث فكثيرا ما ينتج عنها انسكاب دموى
في المثانة ويندر ان يكون التزيف المثاني ناتجا عن الاقراط من استعمل
الذراريح وهو المعروف بالبول الدموى التدمعى او عن الدياتيز التزيفي
وبالجملة يمكن ان ينتج عن القددات الوعائية الشديدة للمثانة والدوالي تمزق في
جدر هذه الاوعية وانزفة مثانية لكن حصول الانزفة المثانية بهذه الكيفية
نادر جدا ولوان العوام يعتقدون حصولها بكثرة ويسمون بالتزيف المثاني
الباسورى ومن المعلوم ان احتباس الدم في المثانة وتعددا وهيتها قليل جدا
بالنسبة لما يحصل في المستقيم فلا يطرأ وجود هذا الشكل الاخير من التزيف
المثاني الا بعد اعتبار الظواهر المرضية وفي وجود جميع الاشكال الاخرى
للتزيف المثاني

والتزيف المثاني ولوان فيه اختلاط الدم بالبول لا يكون عظيما جدا كما في
التزيف الحويضي والحالبى وفي هذا المرض يحصل ايضا تجمعات دموية
عظيمة مزادة عما يحصل في التزيف الحويضي والحالبى الا ان كلا من هاتين
العلامتين ربما يقع في الخطا ولذا كانت معرفة بنوع التزيف الاتى مع
البول عسرة جدا في الغالب والذي يرتكز اليه في ذلك هو اعتبار العلامات
المصاحبة فان البول الدموى المثاني يكاثر ان يصطبغ على الدوام بعلامات
تغيرات جوهرية في المثانة فيوجد في الزمن الذي لم يستفرغ فيه دم مع البول
مواد مخاطية وكرات صديدية وتعسر في البول وتحد ذلك

* (المعالجة) *

اهم شيء في معالجة التزيف المثاني مضاربة المرض الاصلى الناتج هو
عنه وفي الاحول الثقيلة لهذا المرض يوصى باستعمال المكمدات الباردة
والجليدية على قسم المثانة ويعطى التنبر من انبساط بمقدار عظيم جدا لكن
اذا استمر التزيف وصار مضاعفا للمريض وجب استعمال الحقن في المثانة
بالماء البارد أو محلول الشب اوزاج الحارصين او نترات الفضة والتعقيدات

الموية العظيمة التي تسد فوهة المثانة ينبغي تبعيدها على حسب قواعد الجراحة ويستعمل مع الفجاح غالباً الحقن الباردة المتكررة في التزيف البولي الهامسوري وفي غير هذا الشكل من التزيف المثاني

(المبحث السادس في التجمعات الحصوية للمثانة)

(أى الحصيات المثانية)

* (كيفية الظهور والاسباب)

كيفية حصول كل من الحصيات الكلوية والمثانية لم يزل غير واضح إذ لا يوجد توجيه ثابت ثبوتاً كافياً بحيث يرد الاهتراءات التي تتوجه عليه وهذا يقال بالخصوص بالنسبة للرأى القائل بأن تكون الحصيات البولية ناشئة عن تغير مخصوص في التبادل العنصري أى سوء قنية ينشأ عنها تكون كمية عظيمة من حمض البوليك أو الأوكساليك أو الأملح القسفائية وتنفصل من الدم بواسطة الكلية ومن ذلك تكون رواسب في المسالك البولية وتوجيه المعلم شيرر بالنسبة لتكوين الحصوات يميل إلى العقل وعلى مقتضاه لا تنفصل الجواهر التي ترسب في المسالك البولية وتكون تراكمات حجرة أحياناً من السكاية بل إنما تتكون بواسطة انحلال البول وفساده مدة مكثه في المسالك البولية وهذا الفساد يصير في البول بعد استقراره وتعرضه للهوازم مناطويلاً فيحصل ابتداء تخمر حمضي به تسهيل العناصر الملونة والخاصية للبول إلى حمض البينيك وينفصل حمض البوليك من اتحاداته القابلة للانحلال فيرسب ويعقب التخمر الحمضي تخمر قلووى تسهيل البولينا إلى كربونات الأمونياك والمواد النشادرية فوسفات المانيزيا المشتمل عليها البول ينشأ فوسفات النشادر والمانيزيا المسمى بالفوسفات الثلاثي القاعدية والخميرة التي تحدث تخمر البول في المسالك البولية هي المواد المخاطية التي تنفج عن النهايات النزلى لسكن للواد المذكورة تبعاً للمعلم شيرر زيادة عن ذلك تأثير آخر مهم في تكون الحصوات فأنها تخمر كواسطة انضمام للرؤاسب بحيث أن التعقدات المخاطية تكون في معظم الأحوال نواة عليها تراكم الرواسب البولية وتركيب الحصوات المكونة من طبقة

دائرة فوسفاتية وفوادة مركزية مكوّنة من حمض البولييك يوجه تبعاً
لنظريات شيرر بأنه مادام القصر المحض مسقراً كذلك يسفر رسوب حمض
البولييك لكن متى طرأ القصر البولي باستقرار التهاب التزلي زناً طوبلاً أو
عقب تماقله الناتج عن تهيّج الحصة البولية ترسب الاملاح الفوسفاتية

وتبعاً للنظريات المعلم ميكال لا يلزم تكون دواسب بولية حتى تنشأ الحصوات
عنها فان معظم الحصوات البولية متكوّنة ابتداءً من أوكسالات الكلس
وكيفية تكونها ان القشاة المخاطية للسانك البولية يصير
مجلس التهاب تزلي نوعي يعبر عنه ميكال بالتزلة الحصوية فهذا الالتهاب
التزلي تنفر زمواد مخاطية خيطية لزجة لها ميل للقصر المحض حينئذ
يظهر فيها أوكسالات الكلس وفي الابتداء تكون المواد المخاطية الاوكسالية
الكاسية ذات قوام هلامي وتأخذ شيئاً فشيئاً من البول المتفسدة عظمية من
أوكسالات الكلس حينئذ تزداد صلابتها وتصلبها وتصلبها وتصلبها
الحصوية بظلم حجم الحصة بتكون طبقات جديدة من أوكسالات الكلس
المخاطية التي تتراكم عليه وتصلب كذلك فان صار البول فيه ابعداً قلوياً يتقدم
الالتهاب التزلي في السير ولا تنمو الحصة بتر اكما جديد بل بالتدخال الجزئي
مع استعالة جديدة بمعنى ان أوكسالات الكلس تزول أو تنطرد ابتداءً بجمض
البولييك ثم يولات البوشادر ثم بالاملاح الفوسفاتية وأخيراً يتكون عن
الحصوات الاوكسالية بهذه الكيفية حصوات فوسفاتية ولو اردنا التعرض
لما يقص من هذين التوجيهاً بنحو الى الاعتراضات التي تتوجه الى حقيقةهما
اطال علينا الكلام ونخرجنا عن الموضوع وكذا من المعلوم ان الاستعداد
الوراثي في تكون الحصوات غير واضح أيضاً بل قد شوهد في بعض فروع
عائلة واحدة نوع واحد من الحصوات والرجال عرضة لها أكثر من
النساء وسنطوفلية لا يكون مموّناً منها بل يكثر تكونها في الرمل فيه
ويكثر وجود هذا المرض في بعض الافاليم زيادة عن الاخرى كأن كثرة

ويظهر ان شرب المياة المحتوية على الكلس ليس له دخل في تكون
الحصاة بخلاف المشروبات المخمرة المحتوية على حمض الكربوليك فان له
دخل في تكوينها بالاقبل في تكون الحصة المحتوية على أوكسالات الكلس

وجميع المؤثرات المضرة التي تهيج المسالك البولية وتؤدي الى التهابات
نزلية فيها يمكن ان تكون مسببا لتكوين الحصوات لكن من الامور المهمة
كون بعض الالتهابات النزلية يستمر زمنا طويلا بدون تكون فجيعات
حصى بخلاف البعض الآخر فانه يؤدي لحصولها بسرعة

(تقريبه تكون الحصوات بالنسبة لقطر المصرى يختلف فبكثر جدا في الاقاليم
الجيرية منه ويقل جدا في الاقاليم القبلية فليس السبب في ذلك شرب
المياه العكرة النيلية كما تزعم العوام بل صكثرة حصول الالتهابات النزلية
في الاولى دون الثانية وذهب بعضهم في العصر الاخير الى أن كثرة تسكون
الحصوات البولية في المثانة مبني على وجود فواف متولدة من الدودة
البلهاريسية (المعروفة بالديستوما هيما توبيوم)

(الصفات التشريحية)

يختلف كل من عظم الحصيات البولية وعددها وشكلها وتركيبها الكيماوي
والصغيرة جدا منها التي توجد بعدد عظيم عادة تسمى بالزمل البولي
وأما شكل الحصيات ولونها فيختلفان باختلاف تركيبها وقذيرتها
الانواع الاتية

أولا الحصيات المتكونة من حمض البوليك والاملاح البولية وهي
مستديرة أو بيضاوية وذات لون أحمر مبر عادة صلبة جدا وثقيلة الوزن
وسطحها اما أملس أو ذو قهقدبات

ثانيا الحصيات المتكونة من أوكسالات الكلس وتكون ذات سطح ذي قهقدبات
أو حلي ولذا تسمى بالحصيات التوتية وهي صلبة جدا ولونها المبردا كن
أومسود (وهذا ناتج عن المادة الملونة للدم المتغيرة المختلطة بها) ومع ذلك
توجد حصيات صغيرة من أوكسالات الكلس شبيهة بحبب الشهد الخ

ثالثا الحصيات المتكونة من فوسفات النوشادر والمائيزيا ومن فوسفات
الكلس وتكون ذات لون مبيض أو صفراوي وذات شكل مستدير أو بيضاوي
ووزنها النوعي خفيف وذات قوام هش طباشيري

رابعا الحصوات المتكونة من السنين وهي نادرة ولونها عادة أبيض مصفر

ماساً ويندر ان يكون سطحها اذا اتحدت
خامسا الحصوات المتكونة من الاكستين وهي اندر من السستينية وصلبة
جدا ولونها أصفر محمر و سطحها أملس عادة

سادسا الحصوات المتكونة من جلة طبقات مختلفة التركيب وهي كثيرة
واحيانا يكون جنس البولييك النواة واوكالات الكلس تكون الغلاف
ويندر العكس والغالب ان تكون الحصوات مكونة من عدة طبقات فيها
يكون الغلاف مكونا من الاملاح الفوسفاتية ومحتويا على نواة متكونة اما
من بولات الكلس واوكالاته او من عدة طبقات متكونة على التعاقب من
أحدهذين الجوهريين

ثم ان الحصوات المثنائية تكون اما سائية في المثانة فتتغير أوضاعها بتغير
أوضاع الجسم أو تكون مثبتة في انبعاجات أو جيوب من الجدر المثنائية
والتشاء المخاطي المثاني يكون في حالة التهاب تولى أو تفرج نزلى والطبقة
العظمية تكون في حالة ضمامة ومع ذلك فقد تنفذ جميع هذه الظواهر متى
كانت التجمعات الحصوية ملساً وخفيفة

٥ (الاعراض والسير)

لا يكثر وجود احساس واقص في المرضى بالحصيات المثنائية ووجود جسم
غريب عندهم في المثانة يتغير وضعه باختلاف أوضاع الجسم فالمرض
الرئيس الملازم هو الالام في قسم المثانة الذي يزداد بالوقوف والمشي والركوب
وتحوص ذلك ويتناقص عند ملازمة الاستلقاء على الظهر وهذا الالام يمتد على طول
القضيب الى الحشفة فيحدث كلالا شديدا في القلفة وعلى الخصوص عند
الاطفال بحيث يلجؤهم الى حليبها وحكمها ولذا ان كلالا من اتفاحها
الأوذى ماوى واستطالة القضيب استطالة غير طبيعية عند الاطفال يهدم
العلامات التشخيصية للحصيات المثنائية أو أقله يظن منه بوجودها عندهم
وفي اثناء التبول ينقطع لسول البول فجأة بسبب وقوف الحصاة امام
عنق المثانة وسدله فاذا غلب المرض وضعه امكن خروج البول وانمام
حركة التبول ثانيا ولى الاحوال التي فيها يكون التبول سهلا غير مؤلم في
الابتداء يكون انتهاء حركة التبول مصحوبا بالام شديدة عادة وهذه الالام

تصطبب بالام احرى في الحصى تير والفخذين والقسمين الصكولين
وبالتقباض تشنجي في الاست والى ظواهر انعكاسية عمومية احياها وجميع
هذه الاعراض بل واعراض التزلة المثانية أيضا والبول الدموي الذي
يحصل زمنا فز من الا تكفي لتأ كيد التشنج فلا يفي للطبيب حيثئذ
الحكم بوجود الحصى المثانية الا بعد التأ كيد من وجودها بواسطة
الجنس بالقسطير

* (المعالجة) *

لم يثبت الى وقتنا هذا انه يمكن الوصول الى حل حصى مثانية عظيمة
بواسطة جواهر دوائية باطنية ولو ان الحصول على ذلك طبقا للنظريات
الكيمائية لا يمكن انكاره وعلى حسب تركيب الحصى المثانية قد اوصى
باستعمال وسائط علاجية تصير البول قلوبا تارة أو تزيد في حمضيته تارة
اخرى فانالة القصد الاول من المعلوم انها مهلة أكثر من الثاني لان
الكربونات القلوية والاملاح النبائية القلوية التي تدخل في الجسم تنقل
مع البول على صفة كربونات قلوية لكن بعسر علينا ان نزيد من حمض البول
واستعمال حمض الجاويك الذي ينفر زمع البول على هيئة حمض فوق بوايك
لاجل تحليل الحصى الفوسفاتية جاز طبقا للنظريات لكن في الحقيقة
لا يمكن استعمال هذا الجوهر استعمالا مستقرا بمقدار عظيم بسبب تأثيره
المضر على المسالك الهضمية ويمكن ان يكون لاستعمال حمض الطرطر يك
أو الميونيك تأثير جيد في تحليل الحصى الفوسفاتية لكن هذه الجواهر
وان كانت لطيفة التأثير في القناء الهضمية الا انه لم يتيسر استعمالها الى
الان في الطب العملي بل المستعمل عادة الكربونات القلوية بدون التفات
الى التركيب الكيمائي للحصى وارسال المرضى للاختيا الى البناسيع
القلوية المعدنية كوشى وكرلوس بادولم و ذلك فان البناسيع المذكورة وما
ماثلها مشهورة قامة في معالجة الحصى البولية ويظهر ان التأثير الجيد
للمعالجة بهذه المياه المعدنية القلوية الفاترة ناتج عن التأثير الجيد الذي
تحدثه هذه المياه على التهاب التزلة للمسالك البولية الذي هو البنوع
الرئيس لتكون الحصى فيها وطبقا للنظريات ميكال استعمال الكربونات

القلوية والاملاح النباتية القلوية واجب فانها تصير البول قلويا وتعين على ازالة الحصوات الاوكسالية والحصى البولية الصلبة الى حصوات فوسفاتية رخوة سهلة التفتت وعلى كل حال ينبغي الامتناع بعدم استعمال معالجة جديدة مؤسسة على النظريات بخلاف المعالجة القديمة المستعملة الى وقتنا هذا ولا تثق باستعمال طرق علاجية جديدة مؤسسة على نظريات غيرا كيدة الى ان يتضح الحال وزيادة عن الكريونات القلوية وفوسفات الصودا الذين يعطى من كل منهما نحو ٨ جرام (اعنى درهمين) كل يوم قد استعمل اخيرا كريونات الليثيوم واشتهر هذا الجوهر في معالجة الحصوات بحيث ان كثير من الاطباء يوصى به وما كنا نعتبر هذا الايضا لو كان من تكتنا فقط الى مجرد التعلقات النظرية وهي ان قوة حل هذه الكريونات للحصوات البولية اعظم من حل بي كريوناتا بقدرست مرات او ازيد لكن حيث ذكر بعض الاطباء المعتبرين جدا تجارب تؤيد منفعة صكر بونات الليثيوم في الاكلينيك فمن الجائز التماذى على استعماله في الاحوال اللاحقة فيعطى من ذلك كل يوم ٣ مرات من ٥ صغرام الى ٣٥ (اعنى من قشة الى ٥) ومع هذا الامتناع من استعمال شرب ماء ويلدنجير أو فيشي أو كروس باد واما معالجة التهابات المثانة والتزيف المثاني التي تنتج بكثرة عن الحصيات المثانية فقد ذكرناها فيما تقدم واما العمليات الجراحية التي نستعمل الحصيات فهي من خصوصيات فن الجراحة

(تنبيه) المعالجة الطبية المذكورة في هذا البحث هي عين ما يستعمل في معالجة التجمعات الحصوية الكلوية ولعدم التكرار لم يذكر المؤلف في بحث الحصوات الكلوية المعالجة المنفص الكلوى نفسه

«في الامراض العصبية للمثانة»

الحالة العصبية الطبيعية للمثانة وكيفية انعقاد البول لم يزل فيها بعض امور غير واضحة بالنسبة لعلم الفسيولوجيا فالظاهرة المعروفة مثلا من كون التشنج السليم اذا امر بقلق البول لا يمكنه ذلك اذا كان تشنج آخر مشاهدا له وكذا الظاهرة الاخرى وهي كون أغلب الاثناس عقب تزولهم فجاءة من ركوب نحو عربة أو فرس لا يمكنهم قذف البول الا بعد بعض زمن

فكلا هذين الامرين لا يمكن توجيههما توجيها كافيا ومع ذلك يسهل علينا دراسة التغيرات العصبية للمثانة مع الفهم متى قسمناها الى امراض عصبية حسية والى امراض عصبية تحرصكية وميزنا امراض الحسية الى التهيج المثاني أى ثوران الحس والى ضعف حساسية المثانة والتحرصكية الى تشنج المثانة وظلها

(المبحث السابع فى تهيج المثانة العصبى)

(أى ثوران حساسيتها)

ثوران حساسية المثانة يشاهد خصوصا عند الانخفاض المفرطين فى شهوة الجماع خصوصا المنهمكين على الاستئنا باليد (ويعرف بجلد عميرة) فان امتلاء المثانة يحدث عند هؤلاء الانخفاض تطلبا عظيما للتبول فاذا لم يمكن اخراج البول حصل عندهم آلام فى قسم المثانة وعلى طول القضيب والقدرة على حجز البول فى المثانة عند هؤلاء الانخفاض لا تكون مضطربة بحيث لا يكون ثوران الحساسية فى هذه الحالة مرتبطا باضطراب عصبى فى حركة المثانة لكن احيانا يكون ثوران حساسية المثانة مصحوبا بتناقص فى قوة الالياف العضلية المثانية المستطيلة أى القاذفة للبول ولذا تعتقد العوام والحق معهم ان سلسول البول القوى علامة على قوة الشهوات التناسلية والسلسول الضعيف للبول علامة على عكس ذلك ويشاهد ثوران حساسية المثانة بدرجة عظيمة احيانا عند الانخفاض بعد البرد من السيلان المجرى بحيث ان مثل هؤلاء المرضى تمتنع عن اشغالهم بالسكسية لعدم قدرتهم على حجز البول مدة ربع ساعة تقريباً بذلك يصبرون فى حالة يأس عظيم وهذا الشكل من التهيج المثاني وان تضاعف كثيرا بالتهاب مزى خفيف فى المثانة الا ان عدم قدرة المثانة على تحمل ثبته تجعلها هو العرض الرئيس الكبير للوضوح فى هذا الشكل من التثالة المثانية ولا يشاهد فيه اقراز مخاطى غزير مطلقا

وفى الاشكال الخفيفة من تهيج المثانة العصبى التى تشاهد عند الانخفاض المنهمكين على الافراط فى شهوات الجماع وجلد عميرة يوصى عادة بزيادة عن تجنب السبب باستعمال الحمامات الباردة فى الانهر والبحار والحمامات

الجوارسية الباردة او التشنج البارد وأما في الاشكال الثقيلة لهذا المرض
كأنني تعقب السيلانات المجرية فقد شاهدت شفاءها باستعمال بلسم
الكواي بمقدار عظيم بعد استعصائها على المعالجة المنتظمة بالماء البارد
وحقن المثانة وغيرهما من الوسائط العلاجية وأما الام العصبية للمثانة
أعني التنبية المؤلم في أعصابها الحاسة الذي لا يكون متعلقا بتهيجات اثرت
في انتمائها الدائرية فليس عندي لها مشاهدات اكيدة

(المبحث الثامن في ضعف)

(حساسية المثانة)

يوجد انخفاض لها قدرة على تحمل كمية عظيمة من التجمع البولي في المثانة
بدون ان يحسوا بتطلب عظيم للبول ومع ذلك لا تعتبر هذه الحالة حالة مرضية
وهكس ذلك يقال في التبول الليلي فانه ينسب لضعف حسي غير تام في
الاعصاب الحساسة للمثانة أو لقلّة قلبية تنميتها وهذه الظاهرة الهزنة التي
تكون سببا لتعذيب الاطفال أولئك الذين بعض العيالات فيها اذا كان موجودا
في العايلة طفل كبير مصاب بهذه العاهة تنسب عادة لشلل غير تام في المثانة
ومهما كثرت مشاهدات التبول الليلي لا يرى فيه ان العضلة العاصرة مدة النهار
ليست مقمة لوظائفها وان الاطفال تبول نقطة فنقطة أو ان يوجد عندهم
ازدحام وصرعة عند التطلب للبول فحينئذ لا يمكن توجيه التبول الليلي
الا بكيفيتين اما ان تكون حساسية المثانة التي يحدثها تجمع كمية من البول
فيها موجودة الا ان قوتها ليست كافية في ايقاف الاطفال من نوعها
الطبيعي او ان الحساسية المذكورة على حالتها الطبيعية لكن النوم عميق
جدا ففي الحالة الاخيرة التبول الليلي يشابه في حصوله الظاهرة المعروفة
من كون بعض الاطفال تقع من فراشها بدون ان تستيقظ وأما في احوال
التبول الليلي الذي يشاهد عند المراهقين فمن النادر جدا ان يكون ناشئا
عن استغراقهم في النوم ويندر ان التبول الليلي الذي يشاهد على الخصوص
عند الاطفال ويستقر غالبا الى سن البلوغ بمسدا حيانا الى سن العشرين
وينبغي للطبيب معرفة هذا الامر والاخبار به اذ بذلك يمكن تسكين روع المرضى
واهلهم الايسين

وفي العادة لا يعطى للأطفال المصابة بالتبول الليلي وقت المساء مشروبات
بكثرة ولا اغذية صائفة وتوقف مدة الليل مرة أو جملة مراراً لجل التبول
وهذه الاحتراسات وإن كان لا يمكن ذمها فليست ذات منفعة عظيمة جداً
لكن الذي نذمه بكثرة هي القساوة التي تعامل بها بعض الأطفال كالضرب
ونحو ذلك ما لم يكن البول الليلي نتيجة السكسل من القيام من الفراش اذ
في المدارس وخيرها من محلات تربية الأطفال وبيوت الملتجئين كثيراً
ما تستعمل القساوة المفرغة في ذلك بدون فائدة وقصارى الامر تقول ان
الخوف من النعاس والسهر كثير اما يكونان سبباً للتبول الليلي لوقوع الطفل
بعد السهر في نوم غزير والاطمئنان في النوم كثير اما يكون مانعاً له ولذا
يجب ان الأطفال الخوفهم يستيقظون أولاً ثم يقعون في نوم عميق فيكون
هذا سبباً في استمرار الاداء عندهم واما اذا اطمأنت الأطفال واعطى لهم
جوهر دوائى خفيف التأثير جداً وسكن روحهم بذلك فن الجاثراتهم
يستيقظون في الوقت المطلوب ويمتنع حصول هذا العارض عندهم زمناً
طويلاً أو يزول بالكلية وكثيراً ما يولغ في جودة جواهر وقيل انها صريعة التأثير
ونافعة جداً في البول الليلي وهذه الاقاويل وان لم يجزم بصدقها لكن من
الاكيد ان كلامنا تأثيرها ونجاحها ناتج عن الاعتقاد فيها وتسكين روع
الأطفال بها الامن تأثيرها الدوائى الخاص ولذا لا ينبغي للطبيب الاهمال في
تسكين روع المرضى المصابين بهذه العاهة وتعشيمهم بزوالها واعطائهم مع
ذلك جواهر دوائية غير قوية التأثير وتطمينهم في نجاحها اذ كثيراً ما يحصل
باستعمال هذه الطريقة عند الأطفال خصوصاً عند البالغين نجاح وقتى
يستمر فيما بعد بحيث يصير المرضى وأهلهم متعجبين من ذلك ويعطى في مثل
هذه الاحوال عادة امامقادير صغيرة من بي كرونات الصودا ومن الاملاح
الحديدية أو خلاصها من الجواهر الخفيفة التأثير وكما وصى به في العصر
الاخير المعلم ترسوبا عطاء المصاب بذلك قدر تقيرام واحد أو اثنين اعني
من $\frac{1}{2}$ من قطعة من مسحوق البلادونا مع جزء ساوله من خلاصها واما
استعمال الجواهر القوية التأثير كالاستركنت والذرايح وشراب يودور
الحديد بكمية عظيمة والحقن بسوائل مهيجة في المثانة فينبغى تجنبه ومن المهم

اعتبار دلالات علاجية مخصوصة تتخذ من الحالة العامة للريض

وقد يحصل بعض فائدة عند البالغين المعترهم البول الليلي من جهاز مدح في
جزيئات العصر المسخيد وهذا الجهاز الصغير يشتمل على قطعة من الجلد
او الصمغ المرن حجمها كالقولة وفي وسطها قطعة صغيرة يوضع فيها عروة رباط
مرن على القلفة جذ بحيث يعسر تحريك تلك العروة فيدخل في هذه العروة
اطراف القلفة المتعذب امام الحشفة ثم يجلب العروة جلبا مناسبا فتسد فوهة
القلفة بحيث يحتبس البول عند التبول الليلي في باطن القلفة المتسدة
فيستيقظ الذي يبول في فرأشه بواسطة توزر القلفة عند اندفاع البول
وهذا الجهاز لا يثر الا عند البالغين الذين لم يحتنوا

(المبحث التاسع)

(في تشنج المثانة)

كثيرا ما يحصل انقباضات قوية في عضلات المثانة عقب تأثير مهيجات
على سطحها الباطن من وجود أجسام غريبة كالحصيات المثانية كما ان
الانقباضات المذكورة تصاحب أغلب التغيرات العضوية للمثانة لكن حيث
جرت العادة بان لا تعذ من جملة الامراض العصبية التهيجات المرضية
للاعصاب المخرجة لعضو قاضي كانت هذه التهيجات ظواهر انعكاسية
ناجمة عن تخرج الاعصاب الحسية لهذا العضو بالامراض التي تصيب جوهره
فلا تطلق لفظ تشنج مثاني على الانقباضات العرضية لعضلات المثانة
التي نسمي بالانقباضات التشنجية العرضية بل نطلق على التهيجات
المرضية للاعصاب المخرجة للمثانة غير المتعلقة بتغيرات جوهرية مدرجة
في جدر المثانة

وقد ميز الشهير رومبرغ اسباب التشنج المثاني الى مؤثرات دماغية ونخاعية
وانعكاسية أما بالنسبة للاولى فلنذكر الامر المعلوم وهو ان حالة تنبيه العظيم
المهباتوى وان كانت غير داخل تحت الارادة الا انهم اليست بالكلية غير
متعلقة بحالة تنبيه الالياف والعقد العصبية للدماغ الا ترى ان الانفعالات
النفسية لها تاثير واضح في تنبيه الالياف المهباتوى فكما اننا نرى بتاثير

الحروف والغزح حصول انقباضات في الالياف العضلية للجلد المعروفة بجلد
الاوز نرى كذلك انقباضات في الالياف العضلية المضيق للثانة وتطلب اشديدا
للبول بشأثير عين الاسباب النفسانية المذكورة وكذا في أحوال التهيضات
الانتهائية للخضاع الشوكي والتغيرات المادية للدماغ قد تحصل انقباضات
تشجبية في الطبقة العضلية المضيق للثانة تبعاً لروبرغ وهذه الظاهرة عمرة
التوجيه حيث ان الطبقة العضلية للثانة تنشأ اعصابها من العظيم المبكوى
غير ان هذا الانقباض التشجبي يشابه في حصوله الانقباضات التشجبية للثانة
عقب الانفعالات النفسية وأكثر ما يحصل التشنج المثنى بطريقة الانعكاس
اذ عند الاشخاص الكثيرى الحساسية يحدث تهيج الاصاب الحساسية لقناة
يجرى البول بواسطة القسرة مثلاً انقباضات تشجبية في العضلات
العاصرة المثنائية وقد يحصل هذا التشنج في احوال تهيجات المستقيم لاسباب
الرحم وبالجمل في أحوال أخرى قد يكون هذا التشنج المثنى من جملة ظواهر
مرض عصبي عوي وتنب هذه الاحوال لثوران مرضى في المجموع
العصبي المعبر عنه بالاستربا

* (الاعراض)

اعراض التشنج المثنى تختلف على حسب كون الطبقة العضلية المضيق
هي المصابة بالتشنج أو العضلة العاصرة لها ففي الحالة الاولى ينشأ عن امتلاء
الثانة ولو القليل جداً زحير وتطلب عظيم للبول فلا يكون المريض قدرة
على حجز البول بانقباض العضلة العاصرة الا بتعب عظيم جداً بحيث ان
البول يسيل على الدوام وهذه الحالة تعرف بسلس البول التشجبي واما اذا
كانت الالياف العضلية للعضلة العاصرة مجلس التشنج فلا يكون المريض
قدرة على قذف البول الا بجهودات عظيمة جداً نقطة فنقطة وعلى هيئة
سلسول رفيع جداً وهذه الحالة تعرف بعسر التبول التشجبي وقد يكون
انسداد المثانة تاماً فيحصل انحصار البول بالكلية وهذه الحالة تعرف بانحباس
البول التشجبي واما اذا كان كل من العضلة المضيق والعاصرة مصاباً بالتشنج
معاً فإنه يحصل عند المريض حالة كرب مؤلمة للغاية فمن جهة يوجد عنده
زحير بول مؤلم جداً ومن جهة أخرى لا يكون له قدرة على قذف البول وخروجه

وفي مثل هذه الاحوال يمكن ان تمتد الالة التشخيصية الى اعضاء مجاورة اخرى
فيشاهد زحير مستقيم او اهترازات في جميع الجسم أو تشجات عامة ومن
العلامات الواصفة للتشنج المثاني التعاقب بين الفترات الخالية والنوب
المؤلمة الشديدة وهذه النوب لا تزيد مدتها عن بعض دقائق غالباً واحياناً
تسفر قدر نصف ساعة او ازيد وتعود في فترات كثيرة الطول أو قليته وتزول
عادة بسرعة كما ظهرت

وحيث ان التشنج المثاني العصبي مرض نادر الحول وتمييزه عن غيره من
أمراض المثانة صعب جداً ينبغي الاحتراس والتأني في تشخيصه فلا
يصحكم بوجود تشنج مثاني عصبي حقيقي إلا بعد البحث الجيد عن
اللبول واعتبار الظواهر المرضية المصاحبة اعتباراً دقيقاً يؤكدها لعدم
وجود امراض اخرى مثانية فبعد القسرة الجيدة والتأكد من عدم
وجود اجسام غريبة في المثانة يجوز تشخيص تشنج المثانة العصبي
وفي معالجة التشنج المثاني العصبي ينبغي اولاً اجراء ما تستدعيه المعالجة
السببية ففي بعض احوال مثل تفعل الوسائط التي يحصل بها شفاء تشنج
المستقيم او التي بها تشنج الاحتقانات المزمنة لرحم والتهابات المزمنة فان
هذه هي اقوى الوسائط نفعا في التشنج المثاني العصبي وفي احوال اخرى
يزول هذا المرض متى أمكن تنويع تغذية المريض وازالة للتعبية المرضية
للمجموع العصبي بواسطة تغير الاحوال المسفر عليها المريض وفي أثناء النوبة
يوصى باستعمال الحمامات الفاترة العمومية او الجلوسية والحقن بمنقوع
البابونج او حشيشة الهر المضاف اليهما جواهر مسكنة انما الاجود من ذلك
نفعا استعمال المركبات الاقيونية من الباطن وقد أوصى المعلم بيتا في هذا
المرض باستعمال الجسات الشمعية الرخوة وادخالها في المثانة مع
الاحتراس العظيم

(المبحث العاشر) (في شلل المثانة)

شلل المثانة اما ان يكون مصيباً للعضلة العاصرة المثانية او المضيق لها أو
سكليهما معا ومن المعلوم ان انقباضات العضلة المضيقية للمثانة ليست

متعلقة بالارادة بل حصولها يكون بطريقة الانعكاس بواسطة التبرج الواقع
من البول على جذر المثانة المتجمع فيها واما انقباضات العضلة العاصرة
فهي بعكس ذلك تحت الارادة وتوتر العضلة العاصرة الطبيعي يكفي عند
وصول امتلاء المثانة لدرجة معلومة في مقاومة انقباضات العضلة المضيق
للمثانة التي تحدث ضغطا مستمرا على قعرها وتجتهد في دفع عنقه حتى جاوز
امتلاء المثانة لدرجة المذكورة وصار قويا انقهر التوتر الطبيعي للعضلة
العاصرة وحينئذ لا بد وأن يحصل فيها انقباضات ارادية ان لزم الحال لحجز
البول ومن هذه الاعتبارات الفسيولوجية تتضح نوعا سباب الشلل المثاني
فمن ذلك يتضح ابتداء بسهولة أن الامراض العضوية للدماغ والاضطراب
العام في الامراض الحسية الثقيلة التي فيها وظائف الدماغ تكون مخطئة
المخطاطا عظيميا يكون شلل العضلة العاصرة للمثانة من الظواهر السكيرة
الحصول في هذه الامراض واما شلل العضلة المضيق للمثانة فنادرا الحصول
فيها في شاهد عدد عظيم من المرضى المصابين بالسكتة الدماغية وبالحيات
التيفودية يبلون فراشهم أكثر من الذين يلجئ الحال عندهم لتقسرة
ثم متى امتد الشلل من المجموع الدماغى النخاعى الى العظمى السباتوى
وحصل ايضا شلل عظيم في الحركة غير الارادية وتعدد الازدادات اتفخ
البطن انتفاخا طيليا بسبب شلل الطبقة العضلية المعوية اشتد
العضل المضيق للمثانة في الشلل ايضا معها وحينئذ يصل تمدد المثانة الى أعلى
العانة وهما بعين ايضا على سلس البول في الاحوال المرضية المذكورة هو ان
كلام امتلاء المثانة وسلس البول كثيرهما من التنبهات الدائرية لاجزاء
اخرى لا يصل الى القوة المدركة وكذا لا يحصل الفعل الارادى الذى يدفع عنه
انقباضات في العضلة العاصرة وسد المثانة وبالجملة لا تتسكرا نه في بعض
الاحوال النادرة من السكتة الدماغية والتيفوس ونحو ذلك قد يحصل قبل
الشلل العموى شلل في العضلة المضيق للمثانة بدون ان يمكننا توجيه هذه
الظاهرة وكذا في امراض النخاع الشوكى طبقا للعلوم الفسيولوجية التي
ذكرناها يشاهد شلل العضلة العاصرة للمثانة بكثرة جدا عن شلل العضلة
المضيق فلذا نرى ان اغلب المرضى المصابين بشلل النصف السفلى يحصل

عندهم سلس البول بسبب انقطاع تواصل السبل العصبى الى الخضاع
الشوكى ولذا تلجئ لا استعمال او الى لاستقبال البول لعدم بله-م دائما
ويندر ان يحتاج الحال لقسرة عند مثل هؤلاء المرضى بسبب ندرة شلل
العضلة المضيق للثانة ومع ذلك قد يكون الاخير هو الواقع وذلك على حسب
مجلس الاصابة فان العقد العصبية الخضاعية يظهر انها هي واسطة توصيل
التنبيه من الاعصاب الحساسة المثانية الى اعصاب هذا العضو المحركة
فى الجائز انه اذا كان جزء الخضاع الشوكى المتفسد هو الذى فيه يتم هذا
التوصيل يحصل شلل فى العضلة المضيق للثانة وينعكس ذلك اذا كانت
اصابة الخضاع الشوكى اعلى هذا الجزء فانتقال التنبيه وتوصيله من الدماغ
الى العضلة العاصرة ولوانه يكون متقطعا الا ان توصيل التنبيه من الاعصاب
الحساسة المثانية الى الاعصاب المحركة للعضلة المضيق للثانة لم يزل مسعرا
وقد تحقق لى هذا الاستنتاج الفسيولوجى جيدا فى عدد عظيم من
الاحوال التى شاهدها فى الزمن الاخير وقارنتها مع بعضها من هذه الحسية
وزيادة من اشكال هذا الشلل المثانى المركزى اى الذى سببه فى المراكز
العصبية توجد اشكال اخرى تسمى بالشلل المثانى الدائرى اى التى فيها
اتمات الاعصاب تكون مكابدة لتغيرات مرضية وتفقدا بلية التنبيه الا انه
لا يمكن اثبات صفة التغير التفرع الذى تكابده الا تمات العصبية
المذكورة وبالجملة يعتبر من هذا القبيل شلل المثانة العضلى الناشئ عن
تغيرات جوهرية فى الالياف العضلية والقرينات العصبية الا تماتية
لتوزعة فيها والاسباب الغالبة لهذا الشكل من الشلل المثانى هي
التورنات الشديدة للعضل المثانى واشتركا مع الغشاء المخاطى فى الاصابة
المرضية ومن الجائز ان التدد المفرط للثانة الذى ينتج عنه عائق فى استفرغ
البول عند الاشخاص الممتنعين حياء من استفرغ المثانة ز منطويا
يمكن ان ينتج عنه شلل مسع فىها وكذا الالتهاب المثانى التزلى يمكن
ان يؤدى الى حصول الشلل المثانى حصوصا عند الشيوخ وذلك بامتداد
الالتهاب الى الطبقة العضلية المثانية

* (الاعراض) *

اعراض الشلل المثاني تختلف بحسب مجلسة ففي كان الشلل قاصرا على العضلة العاصرة وكان تاما سال البول سيلانا غير ارادى اذا وصل امتلاء المثانة لدرجة لا يكي فيها التوتر الطبيعي للعضلة العاصرة في حفظ عنق المثانة مغلقا واما ان كان شلل العضلة العاصرة غير تام فانه وان أمكن المرضى مقاومة التطلب للتبول متى ابتدأت المثانة في الامتلاء بعض زمن لسكنهم يلجؤون للسرعة والوصول لمحل التبول لانه اذا استطالت المدة واشتد التطلب للتبول لا تتم العضلة العاصرة وظيفتها فلا يمكن حجز البول حجز اراديا وهذا الشلل غير التام للعضلة العاصرة المثانية بمصاحب لشلل غير التام للأطراف السفلى في امراض الفخاع الشوكي مصاحبة كثيرة الحصول وينسب لانتقاع غير تام في توصيل السبل العصبي في الفخاع الشوكي

وفي شلل العضلة المضيق للمثانة قوة التوتر الطبيعي للعضلة العاصرة لا تنقهر عند وصول درجة امتلاء المثانة الى الحالة التي تنقهر فيها عادة عقب تقباض العضلة المضيق للمثانة فتتدد المثانة اذا لم تستفرغ استفرغا صناعيا تتدد ازاذا عن الحد وعند توتر جدر المثانة توتر اعظما أو بفعل العضلات البطنية (ان لم تكن مصابة بشلل أيضا) ينقل في جزء من البول المحتوية عليه المثانة وان كانت الحالة المرضية قاصرة بالكلية على العضلة المضيق للمثانة فيمكن للرئيس حجز البول زمنا طويلا وتقطعه بالارادة واما اذا كان شلل العضلة المضيق للمثانة غير تام فلا يصل تتدد المثانة الى درجة عظيمة كالى الحالة السابقة لكن عند استفرغ البول يجتهد المرضى في مساعدة العضلة المضيق للمثانة بتقلص عضلات البطن بحيث انه وقت خروج البول كثير اما يخرج منهم غازات معوية ومهما كانت المجهودات العضلية فان البول لا يخرج في مثل هذه الاحوال على هيئة قوس قوي بل يخرج قطا تاسقط سقوطا عموديا بين الفجذين وهذا الشلل غير التام في العضلة المضيق للمثانة يوجد خصوصا عند الاشخاص المنوكيين والمفرطين من الشهوات التناسلية وفي المرضى الذين يوجد عندهم في آن

واحد شلل في العضلة العاصرة والمضيقة المثانيتين توجد المثانة على الدوام في حالة تمدد عظيم فان قوة التوتر الطبيعية للعضلة العاصرة يتأخر انقهارها عن الحالة الطبيعية لكن عند ازدياد امتلاء المثانة ووصوله لدرجة عظيمة تسيل السكبة الزائدة من البول لكن المرضى لا يمكنهم منع هذا السيلان ولا انقطاعه بالارادة وفي العاصرة لا تحس المرضى بامتلاء المثانة ولا تطلب الاسعاف الطبي الا بسبب السلس المستفروتبني عند مخرج الطبيب بالقسطة من مثانتهم كية عظيمة جدا من البول

(المعالجة)

في معالجة الشلل المثاني لا يمكننا في الغالب اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية خصوصاً في أشكال الشلل المثاني الناتج عن امراض في الدماغ أو في الخنق الشوكي وأما الشلل المثاني الناتج عن تمدد مفرط في المثانة فإنه يستدعى وضع القساطير وضعا متكررا وذلك لاجل منع ازدياد تمدد المثانة الذي يزيد في الشلل من جهة ومن جهة أخرى لاجل احداث تنبيه في العضلة المضيق للمثانة وتقويتها بانقباضات قوية وقد أوصى المعلم يدسا في الشلل المثاني غير التام بوضع مجلس معصيت من الشمع بدلا عن القساطير وادخاله لعنق المثانة لان القساطير لا تغطي الطبقة العضلية المثانية لفعل مجهودات وانقباضات عضلية وبذلك يعين على استرخائها وتقدم الشلل فيها وأما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال التبريد إما على شكل غسلات أو حمامات أو تشلشل أو حقن باردة فان لم تنفع هذه المعالجة وكان ينبوع الشلل المثاني دائرا يوجب استعمال الحقن بالماء في المثانة ويكون في الابتداء اقترانهم بارد اشيا فشيئا الى درجة ٣٠ رومير وقد استعمل بعضهم التيار الكهربائي والاستريكينين لكن لم يتيسر لنا ذكر حالة شفيت شفاء تاما بهاتين الواسطتين وعلى حسب كون ينبوع الشلل مركزيا أو دائريا يسلط التيار الكهربائي اما على التقفا أو الفقرات القطنية أو عليمها وعلى القسم الحشلي والظاهران الجويرا لاسيما الحقن تحت الجلد بحلول الجوادرين له تأثير جيد في شلل المثانة البسيط أحيانا

الفصل الرابع

في امراض قناة مجرى البول

لا تعرض هنا الجليغ الا مراض التي تشرح شرحا جيدا في كتب الجراحة
بل تقتصر على الالتهابات المجرية

(المبحث الاول في الالتهاب النزلي المجري الزهري)

(للرجال المعروف بالسيلان المجري التسمي)

(وعند العوام بالزنتة)

(كيفية الظهور والاسباب)*

في السيلان المجري الزهري لا يكاد الغشاء المخاطي تغيرات نوعية فان
التغيرات التي تشاهد فيه هي عين التغيرات التي تشاهد في أغشية مخاطية
أخرى الناتجة عن المؤثرات المرضية المختلفة وتعرف بالالتهابات النزلية أو
بالسيلانات ومع ذلك فالسيلان المجري الزهري مرض نوعي فانه يختلف عن
باقي الالتهابات البسيطة للغشاء المخاطي المجري وعن الالتهابات النزلية التي
تحصل في الأغشية المخاطية الأخرى بسيره ولا سيما بالنسبة لاسببه فانه لا ينشأ
الا من العدوى ولو زعم بعض المؤلفين بضد ذلك وأنكره كثير من المرضى
حياء منهم والجوهر المعدي اعني السم السيلاني وان كانت طبيعته غير
معروفة لنا كسم الجدري وغيره من الجواهر الممصة للسم الا انهم
المعاوم لنا ان تلك الجواهر ذات تأثير نوعي على الجسم به يحدث السيلان
المجري التسمي فقط لاغيره من امراض سيما وانه لا ينبج عنه مطلقا
قروح زهرية لا رخوة ولا يابسة والآراء الطبية لم تنزل مختلفة من حيثية
كون السيلان المجري يعقب بعوارض تابعة واصابة مرضية عمومية
في الجسم أولا لكن المتفق عليه الآن حتى من اطباء الذين يزعمون
بحصول تغيرات مرضية اتقالية سيلانية واصابات بنيسة عمومية
سيلانية ان تلك الامراض التابعة مخالفة بالكيفية للاصابات التابعة
للسم الزهري وليس لها أدنى مساهمة بالاصابات الزهرية البنية ثم ان
الجوهر المعدي السيلاني اصل ثابت والحامل له هو افراز الغشاء المخاطي

المريض وملامسة هذا الاغراض المتجهل بالسم السيلاني لغشاء مخاطي تؤدي
ولا بد لانتقال المرض من شخص الى آخر أو من غشاء مخاطي لاحد الاعضاء
الى الغشاء المخاطي لعضو آخر ثم انه يوجد بين تأثير الجوهر المعدى
وظهور المرض زمن فاصل يسمى بدور التفريخ ومدة دور التفريخ للسيلان
المجرى تسكون من ثلاثة ايام الى ثمانية وكون هذا الداء يظهر في ظرف
٢٤ ساعة عقب الجماع الذنى أو يتأخر بعده بنحو ثلاثة اسابيع أو اربع
فهذا ان حصل كما قاله السيمون يعد ولا بد من التاخر جدا وان كان الطبيب
سهل الاتقياد في الاعتقادات ترد عليه احوال فيها زمن التفريخ اطول
بما ذكر وكل طبيب مباشر لمعالجة كثير من الأشخاص المصابين بالسيلان
المجرى أو بالداء الزهري سيما ذوى الاعتبار يظهر له ان كل مريض يميل
لاعتراف بالفسق الذى وقع منه قبل ستة اسابيع او ثمانية ولا يكاد يعترف
بما وقع منه من قبل بعض ايام فكله كان عنده سبب في الحياء كلما مال
الى تبسيد عهد التراجع ولا يقصد على اقرار المتزوجين بهذه المثابة
وتاكيدهم بانهم كما اعترفوا بحصول الفسق قبل ستة اسابيع كان يحكمهم
الاعتراف بحصوله قبل ثمانية ايام

ولا يشترط حصول العدوى عند ملامسة الغشاء المخاطي لعضو ما من الاعضاء
السم السيلاني كل مرة بل يختلف الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند
الأشخاص المختلفة فقد دلت التجارب اليومية على انه قد يتفق ان شخصين
يجمعان امرأة واحدة مصابة بالسيلان الا يمرض الزهري ولا يصاب منهما
الا شخص واحد ويبقى الثاني سليما لكن لا نعلم الاسباب البنيية الموجهة
لازداد الاستعداد بالعدوى بالسم السيلاني او نقصه فان كلاما من التبرج
الباهى قويا اوضح فائدة الجماع والاستفراغ المذوى التام وغيره
والتعود على ملامسة الأشخاص الملوثة المصابة وعده لا يحسن توجيها
سكافيا في هذا الاختلاف ولا حاجة لذكر نظريات غيرا كيد في
توجيه ما ذكر حتى اننا لازلنا لم نلماذا ان بعض الاغشية المخاطية كالغشاء
المخاطي المجرى والتناسلي عند النساء والمثمنى والمستقيم يكون مستعدا
لاصابة بهذا السيلان التدمى دون غيره من الاغشية المخاطية التي تكون

مصونة عن الإصابة به بل الاجزاء المختلفة لغشاء مخاطى واحد تختلف في
الاستعداد للإصابة بهذا المرض فان الافراز المسم وان أثر في فوهة القناة
المجرية يظهر السيلان الزهري ابتداء في الحفرة الزرقية ويتضح فيها
(الصفات التشريحية)

لم يتميز فصل صفات تشريحية عند المصابين بالسيلان الابتدائي فقد اسفر
تفتيب الحال زمانا طويلا قبل التحقق من ان مجلس السيلان المجرى في قناة
مجرى البول وفي احوال السيلان المجرى الحاد يوجد الغشاء المخاطي
محتقنا مجرأ منه تنحاضا ومغطى بافراز مخاطي صديدي وجميع هذه التغيرات
تسكون قاصرة في الاسبوع الاول والثاني على الجزء المتقدم من قناة
مجرى البول عادة ولا سيما في الحفرة الزرقية الكثيرة العدد ثم فيما
يصل تمتد هذه التغيرات من الصفر المذكور الى الجزء القشائي ثم الى الجزء
البروستتي لمجرى البول وفي احوال السيلان المجرى الشديد جدا ينضم
احيانا الى التهاب الغشاء المخاطي التهابات وارتشاحات في الاجسام
المجوقة و بذلك يحصل ضيق في قناة مجرى البول من جهة ومن جهة اخرى
يتعذر الاتفاخ اى التمدد المنتظم للعضيب عند اتصاله واندر من ذلك
حصولا ان تسكون في السيلانات المجرية الشديدة خراجات في المنسوج
الخالوي تحت الغشاء المخاطي او التهابات وتقيصان في البروستة وهكذا
الاورعية المينفاوية للعضيب قد تشترك في الالتهاب ولا الايسندان
تنتفخ العقد الاوربية اتفاخا تابعا في السيلان المجرى ولكن تقيصها في مثل
هذه الاحوال يعجز عن التوادد العظيمة

ومن المضاعفات العكثيرة الحصول للسيلان المجرى التهاب البربخ
والالتهاب المثاني السزلي لكن كل من هاتين المضاعفتين لا يظهر عادة
الا بعد مضي اسبوع او اسبوعين اى في الزمن الذي فيه يمتد الالتهاب الى
الجزء البروستتي ويحصل حينئذ امتداد الالتهاب الى القنوات الناقلة
وعنق المثانة

وفي السيلان المجرى المزمن يوجد الغشاء المخاطي المجرى منتفخا وفيه

تجيبات وطرية والاجربة المخاطية تكون عظيمة والافراز بالاكثر يكون مخاطيا ويوجد في كثير من الاحوال ضخامة في المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطي اما قاصرة على بعض الاصفار او امتداد عظيم فيكون المنسوج الخلوى اذ ذاك متكاثفا وملتصقا بالغشاء المخاطي المجري التصاقا شديدا وهذه التغيرات هي السبب الرئيس لاكثر التضيقات المجرية

* (الاهراض والسير) *

يبتدى سيلان المجري باحساس بالكلان غير مؤلم في فوهة مجرى البول ويصطب بافراز قليل من مادة مخاطية شفافة وفوهة القناة المجرية تظهر حينئذ بحجرة احمرار اخفيفا وحاقتها ملتصقة ببعضها عادة بسبب جفاف الافراز المخاطي الذي يتكون منه قشرة رقيقة تغطي طرف الفوهة المجرية ثم يحصل للرضى ازدياد في تطلب التبول بل وكثيرا ما يحصل لهم قذف منوى ليلي وانعاظ متكرر مدة النهار يجبر الشبان الى العود للجماع ثم بعد يوم او حلة ايام يحل محل الاحساس بالاكثر في قناة مجرى البول آلام بحجرة تمتد من فوهة مجرى البول الى الحفرة الزورقية وهذه الآلام تشتد وتنتقل لدرجة عظيمة عند التبول وكذا التطلب لبول يزيد عن الابتداء بحيث لا يخرج وقت التبول الا نقط قليلة مصحوبة بالآلام غير مطابقة والافراز المخاطي الشفاف الذي يكون في الابتداء قليلا يغزر شيئا فشيئا ويصير كثيفا قريبا بحيث يحدث عنه بقع مصفرة فيها بعض صلابة في ملابس المريض وشفتا الفوهة المجرية تكونان محمرتين منتفختين والقضيب كله سميما الحكة يصكون منتفخا انتفاخا متفاوتا وقناة مجرى البول يظهر فيها الام شديدة عند الضغط على مسيرها وكذا القلفة تكون متهيبة متسلطة ومنتفخة انتفاخا او ذميا او يابس سيلان الافراز المرضي عليها واستداد التهيج الاثم ابى اليها بحيث ينضم الى افراز السيلان المجري افراز السيلان القلبي وان كانت الفوهة القافية المقدمة ضيقة حصل عند المريض ما يسمى بالفيموزس أى الاختناق القدم وان زوح المريض القلفة خلف الحشفة بغير احتراص تكون عن ذلك ما يسمى بالبارافيموزس أى الاختناق القلبي والانعاظ يكون في هذا الدور أكثر حصولا منه في ابتداء المرض لكن تمتد القناة المجرية

الملتببة وتوزنها الذي تكايد به مدة الانعاط يحدث عنها الام شديدة جدا غير مطاعة بها تصير المرضى في حالة قلق شديدة مدة الليل ومجموع هذه الاعراض ياخذ في الازدياد مدة ثمانية ايام الى اربعة عشر ومتى وصلت الى اعلى درجة يحصل فيها تناقص تدريجي في اغلب الاحوال ينتقص الا لام شيئا فشيئا عند التبول وكذا ينقص احرار القوهة المجرية وانتفاخها وبصر الانعاط نادرا وقل المالكين في هذا الدور يزداد الافراز الصديدي ولذا تعتبر العامة هذا العرض جيدا ويزعمون انه ينبغي تجربة السيلان المجرى لكي بذلك تتناقص مكابدات المرض

و بعد مضي ثمانية ايام او اربعة عشر يتناقص الافراز الصديدي شيئا فشيئا ثم يكتسب هيئة الافراز المخاطي ثم يزول بالسكاية في الاسبوع الخامس او السادس بدون ان يسكون للصناعة منخلية في ذلك كما اثبتته التجارب الاميونانية واكثر من ذلك حصول استقرار الافراز المخاطي القليل الكمية مدة مستطيلة من الزمن اعني جملة اشهر او سنوات فيشاهد التماسق فوهة قناة مجرى البول مدة اثنى عشر يوما اذا مضت مدة مستطيلة من الزمن بين كل استفرغ لولي وفي الصباح اى عندما يقوم المريض من فراشه يخرج من فوهة المجرى البولية التي كانت ملتصقة بقطة عظيمة من الافراز المجموع مدة الليل والبقع الجافة التي تتكون عن هذا الافراز المزمن في ملابس المريض تكون ذات لون شحابي مصفر من الوسط وهذا السيلان المزمن يعرف بالسيلان المجرى التابع وبالنقطة العسكرة متى تعرضت المرضى لسبب من الاسباب المضرة مدة وجود هذا الافراز المزمن يحصل ارتداد في السيلان المجرى ثانيا فيزداد الافراز جدا وبصر صديديا واما الا لام فلا تعود عادة واكثر ما تحصل هذه الترددات المذكورة من الافراط في الجماع او من الافراط من تعاطي المشروبات الروحية وقد تحصل هذه النتيجة ايضا من تأثير البرد والتعب الجسمي الشديد

ثم ان اعراض السيلان المجرى وسيرة قد يظهر فيها اختلافات متعددة وهذا بالنسبة لاختلاف شدة الظواهر الالتهابية ومدتها ودرجة الا لام والاحرار والانتفاخ ولذا اميز بعض الاطباء السيلان المجرى بجملة اشكال وعدمه السيلان

المجرى الجرى والالتهابى والتبريى والضعفى لىكر لاحاجة لهذا القىزى
 الطبى العملى انما المعتاد ان تكون الظواهر الالتهابية لهذا المرض
 فى المرة الاولى اشد منه فى المرة الثانية والثالثة وهم جراومع ذلك فلهذه
 القاعدة بعض استثناءات وفى السيلان المجرى الشديد جدأى المصوب
 باحتقان شديدى فى الغشاء المخاطى المجرى لا يندر حصول غزق بعض الاوهية
 الشعرية وبذلك يكسب السيلان لونا احمر أو سمرا وهذا التزيف وان
 كان لا يخطر له الا ان السيلان المجرى الدموى الزهري المعروف بالاسود
 والموسكوبى ذو شهرة مخوفة قدى العامة وهناك مرض آخر مهم فيه يحصل
 انخفاء وتقوس فى القضيب مدة الانتصاب ويعمى بالسيلان الورتى وهذا
 الانخفاء يحصل من فقد قابلية التمدد لبعض اجزاء الاجسام المخوفة للتهبة
 فلا تنفتح كالمادة مدة انتصاب القضيب وهذا العارض مؤلم للغاية
 وقد يجعل نزع ضروره مسرفى الجزء الملتب من الجسم المخوف بحيث يأخذ
 القضيب تبعاً لذلك انقباضاً عيباً ولا ينتصب متى ضر الجسم المخوف فى هذا
 الصفر فى جميع قطره الا من جذره الى هذا الصفر وهناك مرض آخر
 يحصل مدعى السيلان وهو تكون خراجات صغيرة فى محيط قناة مجرى
 البول والوصف الخاص لهذه الخراجات وجود آلام وانتفاخ فى أصفار
 محدودة على سيرة قناة مجرى البول وسر هذه الخراجات يكون على العموم
 جيداً سواء انفتحت جهة الظاهر او الباطن وأكثرت خطر ا من العارض
 الذى تقدم ذكره التهاب البروستة وتقيصها لكن هذه المضاعفة فادرة
 الحصول واحتقان البروستة فى السيلان المجرى يعلم من الاحساس المؤلم
 المضاعط فى البهان الذى تشتكى به المرضى غالباً ومن انتفاخ هذه الغدة
 وتيبسها الذين يشاهدان خصوصاً عند الشيوخ الذين تكررت امساكهم
 بالسيلان المجرى زمن شبو يتعم ومن صارت البروستة مجعلاً لالتهاب
 شديد حصل للمريض آلام غير مطاقه جاذبة أو مضاعفة أو نباضة فى البهان تمتد
 الى المستقيم والمثانة وترتقى عند التبول والتبرز الى درجة عظيمة ويحس
 عند الجلس من البهان أو من المستقيم يورم عظيم الحجم أو قلبه ويزداد احمرار
 البول شيئاً فشيئاً بل قد يحصل احتباس البول بالكلية ومتى انتهى التهاب

البريئة بالنفخ تكونت خراجات تنفخ الى الباطن او الظاهر ونج من
 ذلك ظواهر قليلة متنوعة موضحة في كتب الجراحة وقد يصاب السيلان
 المجري مدة سيره بالتهاب الاوعية او العقد النخاعية فينفض عن ذلك اورام
 النخاعية في العقد النخاعية ولا ريبه تعرف بالديلات أي الخبير جلان
 السيلانية وهي تسمى عادة بالتصليل ولندرة تقيها متى حصل يكون هناك
 اشتباه في حالة المريض ويغلب على ظن الطبيب الحكم بان هناك خبير جلا
 زهر يالاسيلانيا وبالجملة فيعدم من جملة المضاعفات الكثيرة الحصول جدا
 للسيلان المجري التهاب الخصية السيلاني وهذه المضاعفة تحصل بدون شك
 من سير الالتهاب واستداده من قناة مجرى البول الى الخصية لانتفاخه
 ثم الى القنوات الناقلة في العادة تظهر الآلام ابتداء في الحبل المنوي بهبث
 تشتكي المرضى باحساس ثقيل في الخصيتين ثم تزداد الآلام بسرعة فيصير
 البرج الذي هو المجلس الرئيس للالتهاب شديدا حساسا جدا عند اللمس
 وينضم الى الانتفاخ اليابس غير المنتظم المتكون من البرج الملتبب نضج
 حاد في الطبقة الغمدية وهذا السبب تكتسب الخصية في أيام قليلة عظم
 حجم بيضه الاور أو قبضة اليد وزيادة على ذلك فالخصية المنتفخة تعصر
 حركتها بسبب فقد مرونة الحبل المنوي الذي يصكون منتفخا يابسواكلما
 كان النضج الالتهابي في الطبقة الغمدية عظيما كان الالم مركزا في الصفر
 الموضوع فيه البرج وهذا الالتهاب ينتهي عادة بالتصليل لكن يكاد ان يبقى
 على الدوام بعض تيبس خفيف مدة الحياة في البرج فيكون يقبوعا لافكار
 ما ليؤولية عند بعض المرضى واحيانا يزداد الالتهاب الحصى السيلاني
 مرة أو جملة مرار سيما عند الانضمام المصاحبين بالقبلة الدوائية ويكاد ان
 يفقد السيلان المجري مدة الالتهاب الحصى كانه يكاد ان يعود دائما عقب
 زوال هذا الالتهاب ويندرج ان ينتهي هذا الالتهاب بالنفخ او بالاستعالة
 الدرنية للخصية بن او تيبسهما

وقد عبر عن الانتقالات السيلانية زمنيا طويلا بالاحوال المرضية المتنوعة
 التي تحصل عند مرض مصاب بالسيلان المجري وفي أغلب الاحوال لا يمكن
 اثبات الارتباط السببي بين هذه الامراض والسيلان المجري ولذا

لا يجوز ان يطلق لفظ الالتفات السيلانية الاعلى الرمد السيلاني
والالتهابات المفصلية الرومازية السيلانية والنقرسية السيلانية فالاول
يكون نتيجة انتقال العم السيلاني الى الملتحمة بلا واسطة وبعدم النتائج
المهولة للسيلان المجري فقد شاهدت رجلا متروجا مصابا بالسيلان وامتنع
بالكلية من جاع امرأته لكن أعداها هي وابنه برمد سيلاني فاعماهما وأما
الالتهابات المفصلية المذكورة فبينما وبين السيلان المجري ارتباط
سببي يحكم به من وجوه منها ظهورها عند أعضا لم تتعرض لاسباب
مرضية اخرى مدركة ومنها انها تحصل أيضا لاشخاص لم تصب من قبل
بالتهابات من هذا القبيل وتبقى مصونة منها فيما بعد وبالجملة ان تلك
الالتهابات المفصلية تزداد احيانا في كل مرة عندما يصاب المريض
بالسيلان ثانيا وتزول متى زال وليس للالتهابات المذكورة على سير
السيلان المجري ادنى تأثير كما انها لا تكون ذات أوصاف مخصوصة
بالنسبة للتغيرات التشريحية في المفاصل المصابة وسير الالتهاب وانتهائه
وأكثر المفاصل اصابة في السيلان المجري مفصل الركبة واندر من ذلك
مفصل القدم والمفصل الفخذي الحرقفي وأما مفاصل الاطراف العليا
فلا تصاب مطلقا

* (المعالجة) *

معالجة السيلان المجري تنقسم الى واقية وشفائية أما المعالجة الواقية
فاجود ما يوصى بهما تجنب اسباب العدوى وحيث لا حاجة لذلك نصاب
للشفقة الذين يريدون الفسق بدون مضرة
وذكر الوسائط المتعددة المستعملة ظنا بانها تنقي من هذا المرض كاستعمال
الاكياس الرقيقة جدا وقت الجماع وغسل القضيب ونحو ذلك اذ لا ثمره فيها
غاليا وأما المعالجة الشفائية لهذا الداء فتشتمل على استعمال وسائط وطرق
متعددة لكننا نقتصر هنا على ذكر الوسائط النافعة الموصى بها بكثرة
فنقول

ما السيلان المجري الحاد الذي فيه لا تكون الظواهر الالتهابية قد ارتقت
لدرجة شديدة جدا فان نجاءه في المعالجة سهل لانه في غالب الاحوال يمكن

شفاؤه شفاؤه تاما في قليل من الايام ولاجل الحصول على معالجة عدد عظيم من الاحوال الحديثة لهذا الداء التي لا يشاهدونها الا القليل عادة ينبغي اخبار جميع المصابين بالسيلان وايقاظهم بان شدة هذا المرض وامتداده يزداد كل منهما في كل يوم من ابتداء هذا المرض وان تأخير علاجه من يوم لا آخر يصير انذاره اكثر ثقلا ومثل ما ذكر من النصائح من الاطباء المشتغلين بمعالجة الشبان المستعدين بنوع معيشتهم للسيلان يترتب عليه منفعة عظيمة ولا يكاد يظن النقص من امثال هؤلاء بفسقههم وما يترتب عليه بدون احتشام ووجود معلومات عظيمة من هذه الحبيثة عند العوام وانه يستفاد عنهم امور كثيرة في بلدة (مجدبورغ) مثلا يجمع عدد عظيم من الكتبة الاغراب المتقدمين في بيوت التجارة عند تقلب كل فصل في الوقتات ويخبرون بعضهم مع الاستفهام بقولهم من الذي حصل له نكسة في السيلان ومن الذي بقي مصونا عنها وما هو الحقن الاجود في السيلان ونحو ذلك وقد استعملت هناك مدة قليلة من الزمن في السيلانات الحديثة التي لم تكتسب فيها الا لام شدة عظيمة الحقن بمحلول النشيز وتحصلت من هذه المعالجة على نتائج عظيمة عندما ازداد عدد المرضى الواردين في السيلانات الحديثة وكنت اوصي بثلاث اوراق من مصقوq النشيز كل ورقة تحتوى على ٣ جرام اعني نصف درهم يخل في نصف رطل من النبيذ الاحمر ويحقن به واذالم يشمر الحقن بهذا السائل او كان غير كافى كنت اضع الورقتين الاخرتين في الكمية بعينها من هذا النبيذ ويحقن بذلك المحلول المركز فتصلت من ذلك على نجاح عظيم ولاجل نجاح الحقن ينبغي اجراؤه مرة او أكثر يسد الطبيب او معاهده مستعد فان أهمل في ذلك حصل غالباً عدم وصول السائل الى القناة المجرية فانه اما ان يحقن به أسفل الفلقة أو يسيل الى الخارج بعد ادخال الحقنة الصغيرة ومحقنة السيلان ينبغي ان تكون صغيرة بحيث لا تسع من السائل الا بقدر ما تقبله القناة المجرية (اعني من ٥ جرام الى ٧) وحيث ان الحاجة للضغط على قناة مجرى البول من الخلف والوقوف للحصول على المحاقن المواقفة من احد صناعات آلات الجراحية مع تهيتها باسم خاص غير مخجل فان هناك مرضى تخجل من طلبها باسمها المعلوم ويرغبون في شرائها باسم

محقنة الجروح أو الأذن وقد تبسرتلى شفاء عدد عظيم من السيلانات الزهرية
 الحديثة في ظرف يومين أو ثلاثة وأيضاً ان لم يكن المرض حديثاً بالكلية
 بدون ظواهر التهايم شديدة قد استعملت الحقن بالتئين وتحصلت منه على
 نجاح عظيم في غالب الاحوال لكن لا بسرعة كالاولى وليس تصدى ان
 انصب للتئين خواص يفضل بها عن غيره وانما هو الذي أكثر من استعماله
 زيادة عن الجهر الجهنمي وزاج الحارصين وملح الرصاص وغيرها من الجواهر
 القابضة وأما استعمال محلول نترات الفضة المركز جداً أى المأخوذ من ١٠
 الى ١٥ قطعة في أوقية من الماء المقطر الموصى به لاجل قطع سير السيلان
 الجعري دفعة واحدة فينبغي تجنبه فانه لا يفضل في المنفعة عن المحاولات
 القابضة السابق ذكرها وزيادة عن ذلك في كثير مما يعقب بعوارض
 التهايم شديدة خطيرة وفي الاحوال التي تكون فيها الاعراض الالتهايمية
 شديدة ينبغي تأخير الحقن الى ان تخط الاعراض المذكورة وتلطف
 وحيث يؤمر المريض مع الراحة في الفراش باستعمال تدبير غذائي لطيف
 وبعض المسهلات الطيبة والقوية كالزبيب المحلوع الجلبة وأما استعمال
 مستحلب اللوز المستعمل عادة فانه زيادة عن عدم منفعة نفعاً خاصاً يجعل
 المرضى عرضة لكشف سرهم وأما الاستفراغات الدموية فلا يحتاج
 لاستعمالها غالباً الا عند وجود الدم شديدة جداً في قناة جعري البول تزداد
 ازدياداً عظيماً جداً عند الفضة على مسيرها وحيث يذير سل على الجان من
 ١٠ قطرات الى ١٥ وأما استعمال التبريد بواسطة الرغائذ الباردة أو بالجمادات
 الجلوسية الباردة فلها نجاح عظيم في مثل هذه الاحوال الا انه يجنب
 الاستمرار على المكث في الحمام الجلوسى البارد وتغيير المكثات مع السرعة
 والاستمرار فان المكثات التي تمض بطول مكثها والجمادات الجلوسية
 القصيرة المدة تزيد في الانعاط وتثاقل الآلام ومتى تلاطفت الاعراض
 الالتهايمية استعملت الحقن التذينية ونجاح الحقن في هذا الدور يكون أقل
 تأكد بسبب عدم اقتصارا لتغير المرضى على الاجزاء المقدمة من قناة جعري
 البول وامتداده الى أجزاء لا يمكن وصول سائل الحقن اليها بسهولة كما ذكرنا
 سابقاً وفي الاحوال المزمنة التي فيها لا يكفي الحقن بالتئين يؤمر بالحقن بمحلول

الجواهر القابضة السابق ذكرها لا سيما محلول الجبر الجهنى أو ماء الرصاص
 أوزاج الخارصين بأن يؤخذ من كبريتات الخارصين ٣ دس جرام ومن الماء
 المقطر ١٠٠ جرام ومن مستحلب الصمغ العربى ٥٠ جراما ومن صبغة
 الأفيون الزعفرانىة ٥ نقط وان كنت لم أرى مثل هذه الاحوال منقصة
 زائدة من محلول التنسين فان لم يثمر الحقن بالجواهر القابضة وجب
 استعمال الكبابية الصينى أو بلسم الكوباي ولا شك فى منفعة هذين الجوهرين
 فى الادوار المتقدمة من هذا المرض وانه باستعمالهما بمقدار عظيم يحصل
 وقوف فى السيلان لكن ان أمكن شفاؤه بدونهما كان ذلك هو الاحسن لعدم
 ادخال جوهرين قوى الفعل فى المعدة والمخى اذ ليس من النادر حصول
 نزلات معدية معوية تسهر زمنا طويلا عقب الافراط من استعمالهما
 وزيادة عن ذلك فاع تأثير هذين الجوهرين الموقوف للسيلان وقتى فى غالب
 الاحوال أكثر من التأثير الوقتى الموقوف للسيلان بالحقن بحيث ان المرضى
 الذين يزعمون انهم شفوا من السيلان يعود عليهم عما قليل من الايام بدرجة
 أشد من قبل الاستعمال والقول بأن استعمال الحقن فى قناة مجرى البول ينتج
 عنه بكثرة تضايقه يعنى أكثر من حصوله عقب استعمال المعالجة الباطنية
 يمد من الخطأ فانه وان تحقق ان كثيرا من المرضى التى كانت تعالج فى الازمنة
 السابقة بالحقن كثيرا ما حصل عندهم تضايق فى المجرى الا ان هذا نشأ من
 كون استعمال الحقن قاصرا فى الزمن السابق على السيلانات المزمنة
 وأما فى الاحوال الحادة فكان يستعمل بلسم الكوباي أو الكبابية الصينى
 والمحقق الان ان استطالة مدة السيلان المجرى هى السبب الكثير المحصول
 للتضايقات الجبرية ولذا متى امتنع استعمال الحقن من ابتداء المرض وزال بسرعة
 أممكن بسهولة تجنب حصول التضايقات المذكورة كما ان المشاهد أن
 استعمال القوابض القوية فى الارماد الملتحمة هو الوسيلة القوية لاجل
 منع اتفاحها او فتحها وتجنباتها المستقرة ومتى اريد استعمال بلسم الكوباي
 أو الكبابية الصينى فالاجود ان يعطى من هذين الجوهرين مقدار عظيم فى
 أيام قليلة من ثلاثة الى أربعة ويوقف استعمالهما متى حصل وقوف فى الافراز
 المرضى فان المعدة يمكنها غالبا تحمل هذين الجوهرين ولو بمقدار عظيم مدة

أيام قليلة أكثر من تحملها لهما ولو بقدر قليل مدقة مطيلة من الزمن
وزيادة من ذلك فالمقدار القليل لا يؤدي للنتيجة المطلوبة وتعطى الكيابة
الصينى منه وقته متعاقباً جيداً بمقدار أربع ملاعق صغيرة الى خمسة فى ماء
الصودا أو أما بلسم الكوباي فاجود طريقة لاستعماله هو ان يوضع فى محاقظ
غروية يعطى منها كل يوم من أربع أوست الى ثمانية وإذا أريد ضم هذين
الجوهرين مع بعضهما فالاجود ان يفعل منهما محبوب مركبة من ١٥ جواما
أى نصف اوقية من الكيابة الصينى ودرهمين من بلسم الكوباي
وكية كافية من الشمع الايض ويفعل من هذا المخلوط مائة وعشرون حبة
يعطى منها عشر حبات ثلاث مرات فى اليوم وفيما بعد يذكر هذا المقدار
أربع مرات والغالب ان يكفى استعمال ثلاث غلب من هذه الحبوب وكذا
من الجليد استعماله فى هذا المرض المحافظ الغروية أو الملبس السرى
المحتوى على بلسم الكوباي وخلاصة الكيابة الصينى ومتى حصل للرئ
اسهال وزحير أو ظهر طلع وردى فى الوجه أو الجسم وجب إيقاف استعمال
الجواهر المذكورة

ومهما كانت معالجة السيلان الجرى التسمى الحديث سهلة فمن العمر جدا
معالجة المزمن منه وكلما استطالت مدته كان انذاره غير جيد ومن المهم
جدانى معالجة هذا المرض ان يتأكد الطبيب بواسطة القساطير هل
توجد تضائقات مجرى أم لا لانه متى وجدت تضائق فبكثير ما يستمر الالتهاب
التوهى خلف الجزء الضيق ولا يمكن وصول مادة الحقن اليه وحصول الشفا
الابعد والعاثى بواسطة المحسسات الشعبية المهمة وإذا لم يوجد تضائق
فى قناة مجرى البول أو أمكن توسيعه وجب استعمال الحقن بمحاول التنين أو
محاول قوى من تترات الفضة وإذا لم يثمر الحقن يهذين الجوهرين وجب وضع
محسسات شعبية مدهونة بمرهم تترات الفضة والاوقى استعمال المرهم الرمدى
للعلم جوثرى المركب من تترات الفضة من ١ الى ٥ دسجرام (أعنى
من محسب الى ١٠) ومن المرهم البسيط ٣ جرام أعنى درهما وخمس عشرة
نقطة من محلول تحت خللات الرصاص

وأما معالجة الموارض التى تضاعف السيلان الجرى فمعاملة التريف

المجرى وهو لا يحتاج في الغالب لوسائط علاجية مخصوصة لكن ان حصل
 بسبب قلة غزيرة جدا وذلك نادر وجب ايقافه باستعمال التبريد القوي
 كالسكبات الباردة أو بجمدة في اية افة بواسطة الضغط على المحل الاتي منه
 التزيف ومنها الانتصاب الليلي المؤلم ولا جمل تجنبه أو تقليله وناطفه يؤمر
 للمريض بتقليل الاغذية والمشروبات جدا في المساء واذا لم تثمر هذه المعالجة
 واضطرب نوم المريض وكذا ان لم تثمر الوسائط المعتادة عند العوام كالتمشي
 في الاودة والاقدام حافية والوثب من فوق نحو كرمى يعطى للمريض في المساء
 قليل من الجواهر المسككة كمصوق دوفير وأما استعمال اللوبولين وهو
 (مصوق ثم حشيشة الدينار) الموصى به في ذلك أيضا فليس عذري تجارب
 بالخصوص فيه وأما اذا حصل للمريض الانحناء المؤلم في القضيب وقت
 الانتصاب أمر بوضع العلق على الجها لعل على القضيب ويعطى له مركب
 افوني مساء أيضا وأما الخراجات التي تتكون على مسير قناة مجرى البول
 فتستدعي الضمادات الفاترة والمبادرة بشق الجزء المتوج وأما التهاب
 البروستة فيستدعي متى ابتدأت أعراضه في الظهور ارسال العلق على
 الجها بكمية عظيمة ويحفظ سيلان الدم بمسد سقوطه بواسطة الضمادات
 الفاترة زمنا طويلا ولا مانع من تكرار ارسال العلق ان اقتضى الامر لذلك
 ويؤمر المريض من الباطن باستعمال الزبيب الحساو والافون بمقدار قليل
 متكررا في منوع ولا يمكن الجزم بان كان لهذا التركيب منفعة خصوصية ام لا
 واذا احتيج في هذا المرض لقسرة قناة مجرى البول وجب فعل ذلك مع غاية
 الاحتراس وفي بعض الاحوال قد يحتاج الحال لتترك القساير المرة في محلها
 تركا مستمرا واذا حصل احتباس كل في البول ولم يمكن ازالته بالقساير
 التي لبط المثانة ومتى ظهرت خراجات متوجعة في الجها وجب المبادرة
 بفحصها وعلى كل حال ينبغي مراجعة كتب الجراحة فيما يخص معالجة هذا
 المرض وأما معالجة التهاب الاوعية والعقد الليفانية فيمكن في عادة لازالة
 راحة المريض في فراشه وان بقي انتفاخ في العقد الاربعة بعد زوال السيلان
 المجري زوالا تاما وجب استعمال الضغط عليها المستعمل بكثرة بدون فائدة في
 الخبز جلالات القبيسة الزهرية فعندئذ يرضى المريض بوضع لهم أشرطة الفتق ذات

المخدرات العظيمة وعند نومهم توضع لهم صفائح من الرصاص أو أكياس مملوءة
بالخردق بكيفية غير تامة ووضع رباط أو ربي عليها لاجل احداث ضغط مسفر
على الاورام وأما التهاب الخصية فيمكن تجنبه باستعمال أكياس معلقة ضئيلة
وتكون مفصلة ومصنوعة بكيفية يها تقي ملابس المريض من التلوث بالمواد
السيلاية وهذا الاحتراس مهم فان تغليف القضيب برقائق وثنيته عليه
مضر والرباط المعلق ينبغي للطبيب انتخابه كي يتأكد من هدم الضغط فان
الرباط المعلق غير الجيد ضرره أكثر من نفعه وعند ظهور العلامات الابتدائية
من التهاب الخصية يذني للرّبط المكث في الفراش على الدوام ويوضع بين
تخديه وسادة صفيحية الشكل بحيث يكون الكيس موضوعا عليها بكيفية فيها
لا يكاد الحبل المنوى أدنى جلب وزيادة عن ذلك يؤمر له بوضع كمية عظيمة
من العلق على صير الحبل المنوى ويحفظ جريان الدم زمنا طويلا بواسطة
العصادات الفاترة وعادة تزول الآلام بعد ذلك حينئذ يسفر على استعمال
العصادات الفاترة على الصفن وان حصل توران في الآلام وجب تكرار
ارسال العلق ثانيا في العادة يعطى من الأدوية الباطنة في هذا المرض
الزيتيق الحلوى الافيون أيضا وأما الضغط الشديد المستوي بواسطة اشرطة
من الشمع على الخصية تبعالفر يكه الذي به تتناقص الآلام والورم بسرعة في
بعض الاحوال فهو واسطة قليلة النجاس ولا ياتجأ اليها في الغالب تبعالجارنا

(البحث الثاني في الالتهاب المجري التزلي)

(غير الزهري أو البسيط)

الالتهاب المجري التزلي البسيط مرض نادر في الغالب والاسباب التي تعدنه
عادة هي التمزج اللاواسطي لقناة مجرى البول بواسطة الاجسام القرية
أو الحقن المهيج والافراط في الجماع سيما في اثناء الطمث ويصاحب
الالتهاب التزلي المجري القروح لاصبا القروح الزهرية الرخوة في قناة مجرى
البول وفي احوال اخرى قد يمتد التهابها للاعضاء المجاورة لاصبا المثانة
والبروستة وقناة مجرى البول

واعراض التزلة المجرية غير الزهرية هي انتفاخ فوهة مجرى البول واحمرارها
والاحساس بحرقة على مسير مجرى البول لاصبا في اثناء التبول وخروج

افراؤنخاطي قليل منها وهذه المكابدات تروى بدون اسعاف طبي واما
الالتهاب المجري التزلي الشديد المستطيل الذي يصاحب القروح الزهرية
الرخوة في قناة مجرى البول فهو الذي وحده يصطعب بسيلان قيصي في
القناة المذكورة ويمكن اختلاطه بسهولة بالسيلان التسمي وستسكلم على
الفرق بينهما عند الكلام على القروح الزهرية الرخوة المجرية

وتباعد الاسباب المحدثة لهذا المرض وازالة الاحوال الحافظة له تكفي في
معالجة هذا المرض الخفيف والالتهاب المجري التزلي البسيط المتصف
بالصاق فوهة قناة مجرى البول في كل صباح والمحت عند المريض اضطرابا
عظيما فلنأمنه انه مصاب بسيلان مجري زهري فيستمدد انما بضغط
القضيب وجذبه في اخراج قليل من الافراز يتيسر ازالته في اقرب وقت
بعد استقصائه باخبار المريض وتحذيره من تهمج قناة مجرى البول نهيجا
مستمر ابواصلة جذب القضيب والضغط عليه

(في امراض الاعضاء التناسلية)

* (في امراض الاعضاء التناسلية المذكرة)

لا تسكلم هنا الا على السيلان المنوي وضعف الباه أو فقدته وأما باقي امراض
أعضاء تناسل الذكور فهي مفصلة في كتب الجراحة

(المبحث الاول في السيلان المنوي)

(والانزال ليلا أو نهارا)

يحصل عند أكثر الرجال زمنا فز من انزال ليلا من ابتداء البلوغ الى انطفاء
القوة التناسلية بدون ان تكون هذه الحالة ظاهرة مرضية أو ما اذا تكرر هذا
الانزال في أزمنة قريبة وكان غير مصحوب باحتلام ومصحوبا بانتصاب غير تام
أو حصل بقلقة (ويعمى بالانزال نهارا) فان هذه الحالة تعتبر ظاهرة مرضية
ثم ان الاثني عشر من الذين يستشيرون الطبيب بسبب حصول الانزال والاثني عشر
الذين منهم من سبع عشرة سنة الى عشرين أو الى خمس وعشرين وهم يشتكون
بحصول سيلان منوي مرة أو عدة مرات في الاسبوع وانهم وقعوا في حالة
ضعف من ذلك وانهم يحسون في اليوم التالي للانزال بالخطا ط عظيم جدا
فعلى الطبيب في مثل هذه الاحوال أن لا يعتقد بالكلية فيما قيل لمن

هؤلاء الأشخاص بل يجب عليه التفطن بأنهم يعمون عنه أموراً عرّضوا
 مهمة فانه عند النظر بالدقة لا غلب هؤلاء الشبان يرى انهم مضطربون
 في كلامهم وان في سريرتهم أوراخضاًة ويمكنه الوقوف على الحقيقة
 واقرارهم بأنهم كانوا منهمكين على الاستمنا باليد بل بعضهم يحصل عنده
 راحة من وجود فرسة يعترف الطبيب فيها بفعله لكن على الطبيب في مثل
 هذه الاحوال ان لا يكتفي بذلك بل يستمر على الفحص مع الهدوء والتلطف
 في السؤال بطريقة حسنة فائلا هل أنتم مستمرين على هذا الفعل الى الآن
 أم لا والعادة ان يعصر على هؤلاء الاقرار بذلك ولا بد من كون ثلثي المرضى
 يعترفون بالحقيقة ويعترفون للطبيب انهم مستمرين على اجراء ذلك الى الآن
 وانهم يأتون اليه ويستشيرونه عن حالتهم لما حصل لهم من الفزع عند قراءة
 الكتب المبائع فيها بالغة عظيمة جداً في النتائج المغمة التي تحصل من
 الاستمنا باليد ويتعدهون أنه كان يكفي الاقرار للطبيب بذكر الانزال
 بدون ان يطلعوه على حقيقة الحال وبأي كيفية يحصل ذلك

ويختلف الحال بالنسبة لفریق ثان من الأشخاص الذين يطلبون الاسعاف
 الطبي لما عندهم من الانزال فانهم وان كانوا قد استعملوا الاستمنا في
 شيو يتنهم الا انهم تركوا ذلك فيما بعد ثم حصل عندهم فزع عظيم ونوع
 ابيو خنداريان قراءة بعض الكتب المبين فيها النتائج المغمة للاستمنا
 باليد هؤلاء الأشخاص ولولم يحصل عندهم انزال ليلاً أكثر من غيرهم الا
 أنه كلما حصل ذلك عندهم يزيدون في حركة ابيو خنداريان ازيد ادا عظيماً
 فيعتقدون ان الانزال أمر خطير جداً ويتصورون على الدوام حصول العواقب
 المغمة للاستمنا باليد كما قرأوه بالكتب ومكانياتهم ومراسلتهم للاطباء
 تخالف بالكلية حالتهم الظاهرة فان الطبيب بعد قراءة مراسلتهم يظن أن
 صاحب المكاتبة شخص منهوك للغاية والحال أنه يجيد المريض عند مجيئه له
 في هيئة صحة جيدة

وهناك نوع ثالث من الأشخاص يأتي للطبيب ويستشير لاجل شفائه من
 الانزال وهم أشخاص يكونون في حالة ضعف عمومي وغير جيدى التغذية
 وواقيين في حالة انيميا ولم يكن عندهم عادة الاستمنا باليد مطلقاً والانزال

وان لم يتكرر عندهم بكثرة الا انه في اليوم التالي لحصوله يحسون به يبوط
والانحطاط بحيث ينسبون سوء القنية عندهم للانزال ومن التجارب يعلم انه
يوجد حالة تنليه مرضي في المجموع العصبي عند الاثضام الضعفاء
البنية المتوكين لا عند اقويائهم بحيث يوجد عندهم انزال لم يكن في
الاقوياء وكثيرا ما يوجد اثضام لا تشكي مطلقا منه وهم في حالة الصحة انما
اذا كانوا في حالة النقا هة عقب مرض ثقيل مستطيل ربما يتكرر عندهم
الانزال

غير هؤلاء الاثضام المذكورين أخيرا الذين يكون الانزال عندهم نتيجة
سوء القنية والنهوك لا سببها والذين ينبغي ان يعالج عندهم سوء القنية
وتسايجهالا الانزال يوجد نوع رابع يكون حصول الضعف العظيم عندهم
والانحطاط المتزايد والاضطرابات العصبية ناتجة بلا شك من الانزال المتكرر
في مدة قرينة ومثل هؤلاء الاثضام يقع في حالة كآبة وحنن وليس لهم
ادنى قدرة على التصور والاشغال ويوجد عندهم نوع رعب وفزع وتشكي
بارتعاش في الجسم وطنسين في الاذنين ودوار في الرأس والآم عصبية في
القعدوى وتشكيهم يذكركم بكيفية واضحة حالة النساء الاستريات ولا يجوز
تسمية مجموع تلك الاعراض بالاسترياء عند الرجال ويعسر علينا توجيه
كون الانزال له تاثير مضر في الجسم عند بعض المرضى دون آخرين فانهم
يصلون به دون ضرر ولا يجوز القول بان اسباب الانحطاط العام والاضطراب
العصبي هو فقد الاخلاط فان الافراط من الجماع عند المتزوجين حديثا من
الشبان يكاد لا يغير صحتهم على الامم بل أغلبهم يحفظ صحته كما كانت قبل ولو
قد مقدرا عظميا من المتى كل يوم وقد هذا السبيل عند هؤلاء أكثر منه
بالكلية في الاثضام الذين يكادون الانزال بحيث ان النتائج المغمة لذلك
كان ينبغي ان تشاهد في الاولين متى كان السبب فقد المتى والذي نطنه طبعا
لنتائج الجيدة التي شاهدناها في السنين الأخيرة في المرضى الذين نحن
بصددهم وعند المصابين بالسيلان المنوي من السكي المتكرر يعرف الديك
ان الظواهر الاستيرية لهؤلاء تشابه بالكلية ظواهر الاسترياء النساء
المصابات بتقرحات في فوهة الرحم وببارة أخرى لن حالة التيجع للاعضاء

التناسلية عند الرجال لا تفقد المتوى فحدث اضطرابات عصبية منتشرة كما
في النساء وسند كرمع التفصيل عند الكلام على الاستريان تقرحات فوهة
الرحم لا تؤدي على الدوام لحصول الاستريان ذلك لا يحصل الا عند وجود
استعداد مخصوص ومثل هذا يقل بالنسبة لحصول الاستريان بالرجال الذين
يسكنون بالبحر أو يعترهم هتبع نيج الاعضاء التناسلية انزال يتكرر
أوسيلان متوى بالاستريان على الدوام مطلقا لا عند النساء ولا عند
الرجال من تغير في الاعضاء التناسلية فقط

وأما السيلان المتوى الحقيقي فيعني به الحالة التي فيها لا يتغلف المتوى مدة
حركة الانتصاب التام أو غير التام بل التي يسيل فيها هذا السائل شيئا
فشيئا في قناة مجرى البول ويندفع مع البول أو التبرز ثم ان تقاوم المعلم للند
وخلافه من الاطباء يبالغ فيها مبالغة عظيمة في كثرة حصول السيلان المتوى
وكثيرا ما يختلط هذا السيلان بزيادة إفراز البروستة فانه لا يوجد في هذا
السائل الذي يمتنع بكثرة في فوهة قناة مجرى البول عند كثير من الأشخاص
عقب تهيئان أعضاء التناسل حيوانات منوية بالكليّة وان وجدت فيه كان
عددها قليلا جدا وكثيرا ما يشبه هذا السائل بالمواد المخاطية التي تنفرز
بكثرة من الغشاء المخاطي المجري في أحوال السيلان المزمن المخاطية
الزمنة وانه يشبه ايضا بالاختطة المستطيلة المخاطية التي توجد في البول
عند الأشخاص المصابين بالزلات المثانية الزمنة فلا يصدق من التخصيص
الابواسطة الميكروسكوب واسباب السيلان المتوى الحقيقي غير واضحة
ويظهر انه ينجم عن استرخاء وعادة في القنوات القاذفة لمجتمعات المنوية
وبعض أحوال مرضية مجهولة الى الارتفاع الحيلي وأقر به العقل الزلات
والتشوهات في هذا الجزء

وكما يولغ في كثرة السيلان المتوى قد يولغ أيضا في شائعة المنفعة من المعلم للند
وغیره قد شاهدت رجلا في مجد بورخ أحد خدماء وإبروات مسكة الحسد
كان يعتره مدة عشر سنين فة لمتوى غزير في أنشاء كل تبرز يدون ان يحدث
ذلك اني تأخير حضر على محنة العامة وكان متروجا وله عدة من الاولاد
مدة اسفرار السيلان المتوى بل اعترف لي انه في أنشاء صباحته كل يوم الى

(اليسع) كثير اما فرط في الجماع وتوجد كذلك اشخاص تشاهد عندهم
القواهر المرضية التي ذكرناها عند التكلم على الانزال
(المعالجة)

اما الاستعداد المرضي المتزايد في حركة الانزال فانها لا تثمر غالباً بالانجاب
القلييل فيها يحصل عليه من الالتفات طالة بنية المريض وتبعد جميع
الامور التي يمكن ان ينجم عنها هذا العارض ولهذا السبب كانت
الاستحضارات الحديدية مشهورة في معالجة الانزال وبعض المرضى يحصل له
تحسين أو شفاء تام باستعمال الحمامات البخرية والمعالجة بالماء البارد وكذا
الحمامات الباردة الجلوسية وغسل اعضاء التناسل بالماء البارد مراراً
ممدوح في تقوية اعضاء التناسل وعدم تكرار الانزال الا انه لا ينبغي
استعمالها في ساعة الغروب وقبل الدخول في الفراش فانها ان استعملت
في هذا الوقت زاد الانزال وكذا ينبغي تجنب كثرة الاكل قبل النوم ومنع
المثرب وان المنبهة خصوصاً الشاي ونحو ذلك واستعمال الكافور وغيره من
الادوية والبولين وما أشبه ذلك من الادوية قد اوصى به بعضهم (بان
يؤخذ من الكافور ٧ مللي جرام ومن البولين ٣ دسي جرام ومن السكره
دسي جرام ويعمل مهوقاً يعطى منه في النهار وفي المساء قبل النوم ورقة)
ومن الممدوح بكثرة في مثل هذه الاحوال بروجور البوتاس يعطى منه كجالي
أحوال الصرع وكذا اسائل فولير الزرنبي من قط الى ٤ قبل النوم فانه
واسطة جيدة في تلطيف التمزج التناسلي وكى ارتفاع الجبلي بوقسطه طالة
الكاوي للعلم (لند) وان زبد في المبالغة في مدحه في العصر السابق قبل الآن
بالكلية فان هذه الآلة التي كان يظن بلزومها لكل طبيب مدة شهرتها
قليلة الاستعمال الان جداً وعلاها الصدا فصار في زوايا الاهمال عند
الاطباء انما في الاحوال التي يكون فيها الفقد المنوي غزيراً والبنية منهوكة
وفيها أيضاً يظن باعتراضه وتعد في القنوات القاذرة للموصلات المنوية
أو التهاب مزمن في الاجزاء الخلقية من قناة مجرى البول وكان هذا سبباً
للسلان المنوي دون غيره من التغيرات المرضية يسوغ استعمال الكي
بالآلة المذكورة وفيما عدا ذلك من الاحوال يقتصر فيها على إزالة

الامساك واستعمال التسلات الباردة في أعضاء التناسل مع ملاحظة
المضاعفات الموجودة ومعالجتها والمعالجة الكهربية نجاح بين في مثل هذه
الاحوال كما سيأتي في المبحث الآتي

(المبحث الثاني)

(في فقد الباء والضعف التهيبي لأعضاء تناسل الذكور)

يشدر مشاهدة فقد قوة الجماع في سن الرجولية فقد اتاما مستقرا بل بعض
تشوهات القضيب وقد أحد الخصيتين وتغير انهما المرضية لا ينتج عنه فقد
قوة الباء فقد اتاما وعكس ذلك كثير اما يشاهد تناقص في قوة الباء أو فقدها
الوقتي وعلى الطبيب معرفة هذه الاشكال المختلفة التي تظهر بها هذه
الحالة فان بهارته وقجاريه قد يمكنه راحة الزوجين وعدم الغسل والفراق
وعندم القدرة بل وقتل النفس أحيانا سيما متى كان ذا أمانة وفيه أمانة
وساعد بذلك المرضى التي تستشير به بسبب فقد الباء فيهم مع النصيحة وتسكين
الغواذ وأكثروا من يلجئ للطبيب في هذا الخصوص الشبان المتزوجون
جديدا ويأتون له في حالة يأس عظيم بعدما يرون انهم لا قدرة لهم على الإجماع
بنسائهم فان النساء ولو كر أصحاب عفة يحصل عندهن سامة شديدة وكرامة
لازواجهن ولواحيدهن محبة عظيمة عند ما يرون ان أزواجهن لا قدرة لهم على
الإجماع بعد الزواج وكلما كانت البنات أكثر عفة وأقل معرفة بأمور النساء
قبل الزواج بمعنى عليهن غالباً من بعد الزواج بدون ان يتحقق من ان
زواجهن غير تام الشروط بفقد قوة الجماع عند أزواجهن لكن متى تحقق
من ذلك حصل عندهن احساس باحتقار واشمئزاز لرجالهن وكذا الذي
يلجئ الشبان لاستشارة الطبيب ليس فقط حينهم للجماع ولا الخوف من
الحرمان من القدرة بل الحياء والتأكد من احتقار نسائهم لهم فبعد مثل
هؤلاء الأشخاص يقرن الطبيب دون غيره من الأقارب بهذه الأسرار
الخشية لا منيتهم فيه ثم يلي هؤلاء في كثرة الالتجاء للطبيب القادمون على
الزواج فانهم يأتون له ويستشيرون في معالجة فقد قوة الجماع التي شاهدها
عند ما ارادوا اقتراباً أنفسهم في امرأة أجنبية قبل الزواج بقليل
ومهما كان استغراب الطبيب المستبعد في الطب العملي عندما يعرف عن عليه

مثل هذه الامور لا بد وان بطراء عليه جملة احوال من هذا القبيل يسعها
 من اشخاص مع التصريح متى اتسعت دائرة اشتغاله في الطب العملي
 وأغلب هذه الاحوال ينتهي انتهاء جيد بالمعالجة اللائقة بحيث ان
 المتزوجين جديدا الواقعين في حالة يأس ينتهي امرهم بالحصول على قوة
 الجماع والذرية اذا وقعوا في يد طبيب ماهر فان السبب الكثير الحصول
 لفقد الباء الوقتي هو في الغالب فقد امنية الشخص من نفسه مع شدة
 الالتفات والتفكير في النجاح عند اجراء الجماع فان الانتصاب لا يحصل فقط
 بدون تأثير الارادة بل شدة الرغبة في الحصول عليه ربما كانت تمنعه فانه
 كلما قل اشتغال الذهن بحصول الانتصاب عند شخص وكان غير قاصد
 حصوله كان حصوله أقوى واتم عند كل تنبه عام تناسلي ولذا انصح المريض
 الواردون لاستشارة الطبيب بدون سؤال منهم انه كثير اما يحصل عندهم
 الانتصاب في بعض الاوقات التي لا فائدة فيها وانه اذا ذلك يكون
 تاما مستمر الكرم متى ارادوا اجراء الجماع يزول الانتصاب بالسكينة أو ان
 حصل لا يكون تاما أو يتقدمه حركة الجماع قبل حصول قذف المنى ومثل
 هؤلاء ان حصل عندهم بعد النجاح في الجماع مدة من الزمان التاكدم
 الامنية في أنفسهم فتستمر قوة الانتصاب عندهم مدة طويلة لكن متى
 حصل عندهم عدم نجاح مرة من المرات وقعوا في حالة نكسة من فقد قوة
 الباء وقد يشاهد ايضا ان مثل هؤلاء يقدررون على الجماع جملة مرار مع
 نساءهم لكنهم لا ينجحون في ذلك اذا ارادوا نساءهم الزنا بنساء ليس لهم
 اعتياد عليهن

ثم ان السبب الكثير جدا في ضعف الباء هو جلد عميرة وسدران يكون سبب
 هذه العاهة الافراط من الشهوات التناسلية أو الاثرال المتكرر لكن
 ضعف قوة الباء عند الاشخاص المتهمين على هذا الفعل القبيح
 لا يستحيل الى فقد قوة الباء فقد تاما وقتيا الا عند قراءة الرسائل المشنع
 فيها تشبه اعطيا على النتائج المعمة للاستمتاع بالبدن اذ يذكر في مثل هذه
 الرسائل ان فقد القوة التناسلية من النتائج الملازمة لذلك وهذا الامر يوجب
 عند القارى قطع العشم من نفسه بالسكينة ومتى أثر كل من هذين الامرين

عند فيض من واحد أعني التأثير المضعف للاستمناء وقد لا أمنية من نفسه
عقب الاطلاع على هذه الرسائل يكاد يحصل له على الدوام عدم نجاح
الجماع وهذا هو السبب كما ذكر فيما تقدم في تكرار عدم نجاح قوة الجماع
ثانياً مدة طويلاً من الزمن

وهناك اشخاص لا تكون مستضعفة من الاستمناء باليد ولهم عادة قوة في
الجماع وأمنية في اجرائهم وسع ذلك لا ينجون اما بسبب السحر أو بما
يحصل عندهم من عدم الامنية في أنفسهم بعد ذلك ومن كثرة الرغبة
والتمسك في الحصول على نجاحه مرة ثانية ومن الخوف من عود هذا الامر
ثانياً يحصل عندهم ضعف وقتي في الباء وفي أحوال أخرى لا يمكن نسبة عدم
نجاح المرة الاولى إلى جماع اللتهيج والاضطراب العموي الشديد أو الرعب
الزائد ومثل هؤلاء يكونون عادة محجوزين عن تلك الشهوات بالكلية
وتزوجوا وهم في حالة جهل كلي فيما ينبغي اجراؤه بالنسبة لوظيفة التناسل
ففي الاسابيع الاول التي تعقب الزواج يكون هؤلاء الاشخاص في حالة
هبوط وعدم شديدين بسبب ما وقع لهم من عدم النجاح في الجماع ثم بعد مضي
سنتين يتعدون ويضعفون عما وقع لهم بعد الحصول على الذرية فزيادة عن
هذه الاحوال العديدة من ضعف قوة الباء أو فقدتها وقتياً توجد أحوال
أخرى نادرة يكون فيها فقد الباء مدة من الرجولية من علقها في الحقيقة
بضعف وظيفة أعضاء التناسل ومثل هؤلاء يتميزون عن الأشخاص
السابق ذكرهم بحسب كونهم لا يحصل عندهم ادنى تنبه تناسلي ولو في
الافاق التي لا يوجد فيها ادنى مؤثر نفسي يمنعهم من ذلك بل ويقعد عندهم
الاتصاف بالكلية الذي يوجد في كثير من الأشخاص بدون رغبة شهوية
بل وعند الاطفال في الصباح عقب امتلاء المثانة وعند البحث عن أعضاء
التناسل يوجد عندهم أحياناً تغيرات غير طبيعية كصعور الخصيتين
وصغرهما ورخاوتهما أو استرخاء الصفن وطوله ورخاوة القضيب وبرودته
وصغره وتيبسه وفي أحوال أخرى قد لا يوجد عندهم ادنى تغير مرضي في
شكل القضيب ولا اوصافه وقد استشارني من منذ سنين أحد الأشخاص
المرار عني في سبب فقد الباء وحيث كان سنه أكثر بقليل من ثلاثين سنة وكان

ربع القائمة على العضلات وليس عنده قوة تحصى في البطن وكانت أعضاؤه
التناسلية سليمة عند البحث والتفتيش تام النور والخصيتان عظيمتين
متناسلتين القوام وكذا ان التحقق من أن ضعف الباء عنده من الاشكال
الاول من الضعف المذكور وحكمت له بانذار جيد لكن اتضح الامر بخلاف
ذلك ضد أملى وقد حصل بينه وبين زوجته الانفصال بعد سنة ولا يعرف
التوجيه الفسيولوجي للشكل الثاني من فقد الباء

ثم انما لاند كر أحوال التغيرات المرضية غير الطبيعية لأعضاء التناسل
كقطع الخصيتين وضعف أعضاء التناسل الناتج عن بعض الامراض
العامة المضعفة سيما البول السكري وخوفك لما ينتج عن فقد قوة الجماع
أو ضعفه ليكن انك كرمع الاختصار هنا بعض كليات على الضعف التيجي
لأعضاء تناسل المذكور فنقول

ان الشكل الاول من فقد قوة الباء بعده كثير من المؤلفين من الضعف
التيجي لهذه الاعضاء وفي الحقيقة الاخصاص الذين نكلمنا عليهم ابتداء
يكونون من جهة كثيرة التيجي وذلك انهم بمجرد ملاستهم النساء أو فحوذك
من الاسباب تحدث عندهم تنبؤات تناسلية في أقرب وقت ويكونون من
جهة أخرى ضعفاء لان الانتصاب عندهم ضعيف قصير المدة لكن يعنى بلفظ
الضعف التيجي لأعضاء التناسل بمعناه الحقيقي الحالة التي فيها مع
حصول التنبؤ التناسلي العام يحصل انحداف المني قبل اتمام حركة الجماع
بل وقبل تمام الانتصاب وهذه العاهة تشاهد على الخصوص عند
الاخصاص الذين تعودوا على الاستمنا باليد وعاقبة هذه الحالة تكاد تكون
جيدة دائما اذا كان يحصل عندهم انتصاب قوى زمنا فزمنافان هذه الحالة
ولو كانت ناتجة عن الافراط في الشهوات واستمرت زمنا طويلا قبل الزواج
وبعده يجهل ما يسع لابدوان نزول بتأثير المعيشة المنتظمة والمخاطبات
الشهوانية الا اعتيادية غير المجهو به باعتعمال مهيئات مناهية أي
مقويات

*(المعالجة)

امادالات المعالجة السببية فتستدعي في الشكل الاول معالجة عقلية أي

الوسائط التي يؤثر بها الطبيب على عقل المريض فكثيرا ما يكفي في مثل
 هذه الاحوال اخبار المريض بما حصل لغيره من النجاح والتأثير كبدله بان
 مرضه هذا واه جدا ووقتي يشفي تبعالج جميع التعارب وبعض الاثخاص
 الاخر يحصل له الشفاء من امره بالمنع عن تعربه بالجماع فان عدم الرعب
 وتسكين دواعي المريض عند التنبيه التناسلي وزوال صرف الفكر في استمرار
 الانعاط وبقائه يمكن بهما حصول المجامعة بحيث يقيم اجراء ذلك مدة
 المنع منه ويستمر النجاح الذي لم يمكن الحصول عليه قبل ذلك ومتى ندب
 الطبيب لمعالجة أشخاص غير متمدين وجب عليه ان يامرهم باستعمال
 جواهر دوائية لطيفة التأثير مع المبالغة العظيمة في نجاحها وثمرتها
 ويامرهم باجتناب تعربه بالجماع مدة بعض زمن فكثيرا ما يأتي المرضى بعد
 بعض زمن و يقرون للطبيب مع التأسف بانهم لم يمكنهم منع انفسهم من
 امتثال الامر مع المدح السكلي فيما تعاطوه من الجواهر الدوائية وينبغي
 للطبيب عندهم معالجة اي شخص مصاب بضعف الباه أو فقدته ان يامرهم
 بتجنب المهيجات الصناعية التي يجتهدون بها في أحداث الانعاط خصوصا
 لمس أعضاء التناسل وذلك فيها وعليه ان يخبرهم مع الجاس والتاكيد
 بالعواقب الممعة التي تعقب ذلك ورداءة الاعتماد على ما ذكره جميع الجواهر
 الدوائية المسببة للباه لا فائدة فيها بل مضره واما الغسلات الباردة لأعضاء
 التناسل والحمامات الباردة الجلوسية والتشكلات الباردة فكثيرة المنفعة
 فينبغي الاتجاه اليها في الشكل الثاني وأما كي الجزء البروصتي من قناة
 مجرى البول بواسطة حامله الكاوي للمعلم (للند) فقد شوهه منه نجاح
 عظيم في بعض أحوال فقد الباه خصوصا لضعفه التبرجي ولربما كانت
 طبيعة هذه الاحوال غالبا ناجحة عن السيلان المنوي الناشئ عن تمدد
 القنوات القاذفة للحوصلات المثوية ومن الجائز ان نجاح هذه الطريقة
 أحيانا يكون ناجحاً عن التأثير على عقل المريض وقراءة رسائل المعلم (للند)
 تساعد بالكلية في هذه المعالجة لانها تنقل على أحوال عديدة من نجاح هذه
 العملية فتعطى للشخص شهادته التي كانت فقدت منه بالكلية وفي العصر
 الاخير قد أوصى بعد الاطباء المشتغلين بالمعالجة بالكهربائية باستعمال

التيار الكهربائي لاجل معالجة فقد الباء ومدح فجاح هذه الطريقة مدحا عظيما ومع ذلك فقد اوصى بعض الاخصاص المتزوجين الفاقدى الباء بتجنب ازواجهم وبقرية أنفسهم مع غيرهم من النساء ونحن وان شاهدنا حصول الانعكاس في الاخصاص السليمي الباء عند تسلط التيار الجلواني على الجهة الانسية من الفخذ ان الاله عند فقد الباء تحصل على فائدة عظيمة ولو تمادينا على المعالجة بالكهرباء لاجل اسابيع لكن حيث كان عدد تجاربى من هذا القبيل غير عظيم جدا فلا نجزم بعدم منفعتها ونذكر مع الاختصار الطريقة العلاجية الكهر بائية التي اوصى بها كل من المعلم بينديكت وشولنس فنقول

انه على حسب طريقة الاول ينبغي وضع القطب النحاسي للتيار الكهربائي المستمر على الفقرات القطنية والقطب الحارصيني في اتجاه الاحيلة المنوية ابتداء بقدر اربعين مرة ثم يوضع بالعرض على الدوائر المختلفة من سطح القضيب العلوى والسفلى ثم يمس به اللسان طول كل جلسة تستمر من دقيقتين الى ثلاثة وزيادة عن ذلك ينبغي وضع القطب النحاسي في كل اربعة عشر يوما ثلاث مرات في قسم القناة القاذفة للمني بواسطة موصل على شكل قساطير ويمس بالقطب الحارصيني اذذ الذي في اتجاه الاحيلة المنوية وعند وجود اصفار غير حساسة يستعمل المعلم المذكور سابقا لفرشة الجلوانية وان كانت الحسية عديمة الحساسية يسلط تيارا كهربائيا يمر منها وتكرر الجلسات كل يوم مع الاستمرار في مناطق بلا حيثما التصيين لا يحصل احيانا الا بعد بعض شهور واما شولس فانه استعمل التيار الكهربائي المتقطع في معالجة الانزال المنوى وفقد الباء في مناطق بلا لكنه ذكر انه تحصل على نتائج عظيمة من منذ استعماله للتيار المستمر وطريقته ان يوضع القطب الموجب في قسم الفقرة الخامسة للظهر والقطب السالب على العظم الجعزى واللسان وكل جلسة تستمر من دقيقة الى اثنتين وتكرر في كل اسبوع من ثلاث مرات الى اربع وهذا الطبيب يستعمل اجهزة مركبة من عشرين الى ثلاثين زوجا دانيا ليا ذات حجم متوسط

(في أمراض أعضاء تناسل الاناث)

(الفصل الاول في أمراض المبيضين)

(المبحث الاول في التهاب المبيضين)

(كيفية الظهور والاسباب)*

الاضطرابات الغذائية الانتهائية في هذا العضو تصيب اما حويصلات جواف أو جواهر المبيضين أو غلافها المصلي والشكلان الاولان يؤديان غالباً لتفجج جواهر هذا العضو واما الشكل الاخير فيكاد ينقضي عنه على الدوام نحن في الغلاف المصلي والتصاق المبيضين بالاعضاء المجاورة لهما ثم ان الولادة وتناجها هي السبب الرئيس لحصول التهاب المبيضين ولذكوتنا لا تسكلم في هذا الفصل على الامراض التي تنجم عن الحمل والولادة والنفاس لان ذلك مكرهنا التهاب المبيض النفاسي وزيادة عن حالة النفاس يظهر ان أكثر حصول التهاب المبيض في الزمن الذي يكون فيه صحة نسأ ومجسلا لاصابة جرحية فيسبب وجبة عقب انفجار حويصلات جواف وعلى لعموم الاسباب المقيمة لحصول التهاب المبيض غير النفاسي عن المؤثرات المضرة على الجسم زمن الطمث كالبرد ورطوبة الاقدام والجماع زمن الحيض والظواهر ان حصول هذا المرض مرة يعين على ترده مرارا

(الصفات التشريحية)*

الالتهاب المبيضى يصيب على الدوام مبيضاً واحداً واذا كان منشأاً حويصلاً جواف يشاهد اما حويصلة واحدة متزايدة الحجم أو اثنتان أو أكثر وهونادر فتكون متعددة في حجم الحصى أو الكرز والمتعددة تكون ممتلئة بنضج التهابي ممزوج بمواد دموية ومحفظة الظاهرة بحجرة بسبب الاحتقان الوعائي والمبيض نفسه غالباً يكون قليل الانتفاخ وجوهره على حاله الطبيعية الا انه مرشح ارتشاحاً أو ذمماً وياخفيا والمحفظة المصلية تكون عادة مشتركة مع الجواهر في الالتهاب وانتهاء هذا الالتهاب غالباً يكون جيداً فان النضج الالتهابي يمتص وتضمحل الحويصلة وفي أحوال أخرى تسهل الى كبس مصلي ويشد ان تنقضي وينقضي عنها خارج في المبيضين وأما اذا كان منشأ الالتهاب جواهر المبيضين فتكون التغيرات

المرضية قاصرة على احتقان عظيم فيه وأودعها التهابية وغو في المنسوج
الخالوي يؤدي فيها بعد لثمن ثم انكماش وضو في المبيض ويندرج دافئ مثل
هذه الاحوال تنقع المبيض و تكون خراجات وتقيها تنقيها منسرا ولم يشاهد
المعلم كيوش هذا الاتساع في التهاب المبيض غير النفاسي الا مرتين
وأما التهاب الطبقة البريتونية المغلفة للمبيض قد يكون تارة أوليا وتارة
ثانويا فينضم لالتهاب جوهري هذا العضو وفي الاحوال الحديثة يتغطي
المبيض بنضج خفيف رفقي كثير البقية يلتصق خفيفا بالاعضاء المجاورة
له سيما الاربطة المستعرضة لرحم والبوقين فان الطبقة البريتونية المغلفة
لهما تشترك في التهاب وفيما بعد تتكون التصاقات متينة بواسطة
ألجة وأخشبة ليفية بها يكثر أن يلتصق المبيضان وفوهة البوقين وتتعمد
ومن السادر ان ينجم عن التهاب الطبقة البريتونية للمبيض نضج خزر وفي
مثل هذه الاحوال تكون بورات مثكيسة في الحوض الصغير

(الاعراض والسير)

الاعراض التي يتصف بها التهاب المبيضين هي اعراض التهاب
البريتوني الجزئي الذي يكون مجلسه في احد المبيضين وأما اذا بقيت طبقة
المبيض المغلفة البريتونية مصونة عن التهاب كان سيره خفيا على
الدوام ويكون وضع المبيضين في الحوض الصغير غائرا جذا ومغلي بالكلية
بالقائف المعوية بحيث ان الضغط الواقع من اعلى العانة لا يؤثر على هذا
العضو الا اذا كانت الجدر البطنية مسترخية جدا ولذا كان من المهم
البحث على النواحي من نحو قوة المهبل لاجل التأكد من الالم ان كان
آتيا من المبيضين أولا وفي بعض الاحوال قد يمكن الوصول الى المبيض
المرضي ومعرته بواسطة الجس من المستقيم ومن العلامات الشخصية
أيضا لهذا المرض معرفة اسبابه فان الاعراض المذكورة متى وجدت في
مرضاة تعرضت للبرد أو اسباب مضره اخرى مدة الطمث واصطبغت
باقطاعه قلب على الظن ان اعراض التهاب البريتوني الجزئي منشأها
المبيض لعضو آخر من الاعضاء المغلفة بالبريتون وبامتداد هذا التهاب الى
الاعضاء المجاورة قد تتنوع صفة هذا المرض وقد يصطبغ التهاب المبيض

بسيلان رحي أو سيلانات مدحة أو مدحة مصلية أو آلام عند التبول والتبرز
 وآلام هضمية أو إحساس يتخلل في الأطراف السفلى المسامت للبيض المريض
 وقد تنفذ هذه الظواهر في أحوال أخرى ويندر أن يصطبب الالتهاب
 المبيضي بأعراض جمة فسير هذا المرض يختلف اختلافا عظيما في الأحوال
 الجيدة قد تزول أعراضه في أيام قليلة بدون أن يبق أثر والظاهر أن مجموع
 الأعراض التي كثيرا ما تظهر عند النساء الفواحش وتعرف بمفص الفواحش
 تكون متعلقة بالتهاب خفيف مبيضي ذي سير سريع وانتهاء جيد فانه
 كثيرا ما شاهدنا عند هاتيك النساء آلاما شديدة في البطن السفلى آتية من
 المبيض تردد اذ زاد عظميا بالاضمة ثم تزدل بسرعة عقب ارسال العلق
 ونحوه واما اذا امتدت مدة هذا المرض ونجم عنه التصاق المبيض بالأعضاء
 المجاورة ونخن الطبقة الغمدية فلا يندر أن ينجم عن ذلك تردد أعراض
 الالتهاب المبيضي تردد ادور ياسما وقت زمن الطمث اذ من الواضح ان
 تمرق حوىصلات جراثيم الذي يصطبب في الحالة الطبيعية بظواهر مشابهة
 لظواهر الالتهاب كثيرا ما يصطبب بظواهر النهاية خفيفة في الحالة
 المرضية المذكورة اخيرا وقد شاهدنا حالة من هذا القبيل عند امرأة كان
 حصل لها من منذ عشر سنين التهاب مبيضي شديد وعولجت من أحد
 الأطباء المشهورين بمعالجة أمراض النساء ومن وقتئذ يتردد عليها هذا
 المرض مرارا كل سنة واما اذا كان النضج الناتج من التهاب البر يتون
 للغلاف المبيضي غزيرا او حصل ثقب في المبيض من الخراجات التي
 تتكون أحيانا من الالتهاب المبيضي الجوهرى فينجم عن ذلك اما انسكاب
 غزير متكيس في الحوض الصغير والتهاب بر يتون منتفخا ذو سير حاد جدا
 وانتهاء مخزن

(المعالجة)

يوصى في الأحوال الحادة لالتهاب المبيض كما يفعل في الالتهابات البريتونية
 الجزئية أو الرجية الدائرية بإرسال العلق على احدى اقسام الاربية بمقدار
 عشرة او خمسة عشر واز سمعت الحالة بإرسال العلق على عنق الرحم وجب
 فعله ثم توضع مثاقن من ثلاثة بالجلبد على القسم المريض وأما اذا كان الالتهاب

المبيض نتيجة الطمث فلا تستعمل الوضعيات الجليدية بل يقوى استعمال
العلق بواسطة الضمادات القاذرة على القطن السفلى أو الأجزاء التناسلية
القاهرة وكذا يحفظ البطن منطلقاً بواسطة المسهلات لكن يقصّب استعمال
المسهلات الشديدة بل يقتصر هنا على تعاطي زيت الخروع والحقن المليئة
وفي الغالب لا يحتاج في هذا المرض لاستعمال الزئبق الحلو والمرهم السنجابي
الزئبقي وإن خشي من امتداد التهاب البريتوني إلى الطبقة المصلية
المعوية وجب استعمال المركبات الأفيونية وإذا استطالت مدة المرض
وجب تكرار إرسال العلق بكمية قليلة جملة مرار وظهور أيضاً
الاستعمال المنتظم للضمادات القلوية واستعمال المركبات اليودية من الباطن
أو المياه المعدنية اليودية ذو منفعة عظيمة

(المبحث الثاني في كياس المبيض)

(المعروف باستسقاء المبيض)

(كيفية الظهور والأسباب)

اغلب الكياس المبيضية تنشأ عن استئصال في حويصلات جراف وذلك
إنها تتعدون تسخيل إلى كياس غلامية الحجم أو قليلة بواسطة قبولها
لكمية عظيمة من سائل مصل وتنفخ في جدرانها وقرباً من أحيانا التهاب
الاجربة المبيضية هو الذي يكون السبب الابتدائي في تمسدها الاستسقاء
وذلك بكونه يؤدي لثخن في جدرانها يمنع من استفرغها ويميل العقل
لرأى المعلم اسكتسون القائل بأن استسقاء حويصلات جراف يحصل
أحياناً بكون الاحتقان الطمثي الذي يحصل في أحد المبيضين لا يصل
إلى درجة كافية في تمزق الحويصلة بل يزيد فقط في إفرازها فتجتمع
المواد المنفردة في باطنها فتتكاثف جدرانها شيئاً فشيئاً وينتج عن ذلك ازدياد
مستمر في الإفراز بتكون وعائي جديد وهذا الشكل من الكياس
المبيضية يشاهد في كل طور من أطوار الحياة لكن يندرجداً ما يشاهد قبل
زمن البلوغ والذي يشاهد منها عند النساء من الياس يظهر أنه لم يتكون
حينئذ بل تكون من قبل

وهناك شكل ثان من الكياس المبيضية يتكون من أمهات المتكيسة

بعديّة اما في جوهر المبيضين أو في جذر الكياس قديمة تعرف بأما الكياس
يتولد عنها أكياس جديدة تعرف يدنان الكياس
و يوجد شكل ثالث أيضا من الكياس المبيضة يحصل بكيفية بها يستحيل
الجوهر الخاص للبيض الى مسافات خلائية متراكمة يعظم حجمها شيئا فشيئا
وهذا النوع يسمى بالاستحالة الكهفية للبيض

• (الصفات التشريحية) •

الكياس المبيضة الناتجة عن تعدد امتساق في أجرة جراف يوجد فيها
تارة كيس واحد وتارة جملة أكياس في المبيض وفي هذه الحالة الأخيرة
تكون الكياس في الابتداء منفصلة عن بعضها ذات شكل مستدير ومعنى
نمت غزوا عظيما فلا مست جذر بعضها بالبيض الآخر فتتفرط وتكتسب
هيئة الكياس الشكل الثاني أي الذي فيه يتولد كيس في جذر كيس آخر
و يندران فصل الاورام الناتجة عن امتساق أجرة جراف الى حجم الراس
وفي هذه الحالة يكون الورم متكونا اما من كيس واحد قد تعدد ثم دأ عظيما
أو من جملة أكياس منضمة الى بعضها ومثل هذه الكياس تكون جذرها
عادة رقيقة لكن قد يحصل فيها تضخم عظيم بتقدم المرض فتكتسب
ثخنا ومثاقع عظيمة. وتصل هذه الكياس يكون متكونا اما من امثال
صاف مصفر أو زج غروي وإذا حصل تمزق في باطن الكيس أو انتهت
جذره صار منه هلهاء مجر أو ذلون مسمر بل مسود أو صير مصفرا قهيبا

وأما الاورام المبيضة المتعددة الجيوب التي تنجم عن تكون جديد حوصلي
فقد تصل الى حجم عظيم جدا وفي العادة يتولد أحد الاكياس من جذر
الكيس المجاور له وذلك ان هذا الكيس يضغط على الكيس القديم
فتتمن جذره من جذر الكيس المنضغط وبذلك تكتسب ثخنا وسماكة
عظيمين فيصير متوجها لبقيا ولا يندران يحصل في جذر هذه الكياس
تغظم ويوجد على السطح الباطن لهذه الكياس طبقة بشرية بسيطة أو
متراكمة وتصل هذه الكياس يكون كذلك اما امثالا أو هلاميا وكثيرا
ما يكون محتويا على عدد عظيم من بلورات كلوستيارياتية بواسطة ترزيف
أو التهاب في الكيس قد يكتسب كذلك لونا مسمرا أو مسودا أو مصفرا قهيبا

وأما الشكل الثالث من الأكياس المبيضية أي الاستحالة الخلائية ففيه المنسوج الأصلي للبيض يكاد أن لا يوجد له أثر بالكلية بل يكون مشكوكا من مسافات مجوفة منفصلة عن بعضها بطبقة رقيقة من منسوج خلالي وأصغر هذه الخلوية حجما لا يشاهد إلا بالمكرومكوب وأما ما كبر عن ذلك فيكون كأكياس في حجم قبضة اليد بل أزيد وما دامت هذه الخلوية صغيرة ومتساوية الحجم فإن المبيض يكون على هيئة ورم منتظم أملس لكن متى نمت إحدى الخلوية على هيئة كبس عظيم صار الورم غير مستو فأنحدبات ومقعر هذه الخلوية يكون على العنوم سائلا مصغرا الزجا عسليا لكن كثيرا ما يوجد في الأكياس العظيمة منها سائل مائي والاستحالة الخلوية للمبيض تتضاعف أحيانا بمرطبان هذا العضو

وعما يجب التنبيه عليه أنه يوجد خلاف الأكياس المبيضية المذكورة أكياس تحتوي بدلا من السائل المذكور على مواد شمعية أو شعرية ونحو ذلك والسطح الباطن لهذه الأكياس التي هي بلا شك عبارة عن حوصلات جراف المتغيرة يشابه في تركيبه منسوج الجلد مشابة عظيمة في امتداد متفاوت فيكون مغطى بطبقة بشرية وموشها بغدد دقيقة ودهنية وبصيلات شعرية ويكون الشعر الناشئ منها قصيرا أو طويلا أشقر عادة وفي هذه الأكياس التي يختلف حجمها من الجوزة إلى قبضة اليد يوجد أحيانا أكياس سننية مع الأسنان واسنان سائبة وقطع عظمية تشابه الفك في ملامحة لاسنان وشعر ماقط متلبد وأحيانا توجد طبقات من كتلة عصبية دماغية مع مواد شمعية مصفرة أو سائلة واخلوية بشرية وقد تكون هذه الأكياس عظيمة الحجم

* (الأعراض والسير) *

يندر أن تسبق الاضداد المبيضية بأعراض الالتهاب المبيضي التي ذكرناها في البحث السابق والغالب أن تغد الظواهر السابقة بالكلية بل والأكياس المبيضية نفسها لا ينتج عنها أدنى عرض من مادامت صغيرة وغير ضاغطة على الأعضاء المجاورة وأما كونه ينتج عن هذه الأورام مكابدات أولا وأي نوع من المكابدات والعوارض وأي شدة تزنج فهذا انما يتعلق

باختلاف وضعها فثلا الا كياس المبيضية المتناسبة الحجم الكائنة خلف الرحم في مصافة ودوجلاس أى التقعر الرحمى المستقيم الدافعة للرحم نحو المثانة يمكن ان ينجم عنها اضطرابات عظيمة في البول تختلف باختلاف الجزء المنضغط في المثانة فيوجد على الدوام تطلب للبول أو عسر فيه وكذا التبرز فلا يحصل فيه عوق عظيم بسبب ضغط أورام صغيرة وكذلك الضغط الواقع على الاعصاب السائرة على الجدار الخلقى من الحوض قد يحدث آلاما في القطر وكذلك آلامات انضغاط الجذوع العصبية لاحد الاطراف فتشاهد نارة آلاما وتارة احساسا بقنمل في ذلك الطرف وبالضغط الذى تحدثه الاورام المبيضية على الجذوع الوريدية في الحوض يحصل احيانا انتفاخات أو ذميامة أو تمددان دواليه في الاطراف السفلى وفي بعض الاحوال قد ينضم لهذه الظواهر تغيرات في الثديين سيما انتفاخهما وتلون الحلمة المهربل وافر ازمادة مصلية بيضاء تعرف بالكوروستروم وصككذ التي العرضى واضطراب البنية العام الذى يشاهد يحصل في ابتداء الحمل قد يصاحب كل منهما غولا كياس المبيضية

ومتى غف هذه الاورام وارتفعت من الحوض الى اعلى زالت ظواهر الضغط على اعضاء الحوض فتظهر المرضى في حالة استراحة محسوسة ولا يتضح وجود المرض الا بالعلامات المدركة التى سند كرها ومع ذلك ففي بعض الاحوال قد تستقر عوارض الضغط المذكورة ولو مع غمورم فقد يحصل مثلان الجزء السفلى من الكيس يكتب شكلا اسفينيا ويسقط الى اسفل ولو مع صعود باقي الورم المتراثر في الحجم الى اعلا فتستمر اعراض الضغط الواقع منه في الحوض الصغير على الاعضاء الكائنة فيه وقد تجلب المثانة الى اعلا بارتفاع الورم فينبج عن ذلك احيانا مكابدات جديدة في التبول ويزداد الورم وتعمده تدريجا تضاييق تجوف البطن وتعلق حركات الحجاب الحاجز فيندفع الى اعلا وحينئذ تظهر اعراض ناتجة عن ضغط الاحشاء البطنية والاجزاء السفلى من الرئة ولذا يصير كل من امتلاء المعدة ولو قليلا وتمدد الامعاء بالتعازات متعبا للغاية يحصل التي بسهولة وضيق النفس وتتضح علامات التزلات الشعبية بسبب الاحتقان التغمى الجانبي في

الاجزاء العليا من الرئة بل واغرازالبول قد يتناقص تناقصا عظيما بالضغط الواقع على الكلبة واخيرا يحصل اضطراب عظيم في التغذية العامة بسبب الاضطرابات المختلفة التي تسببها الاعضاء المعينة على تجديد التغذية وتكوين الدم ولذا تنضج اعراض الانبيسا والاستسقاء العام وتضعف القوى وتظهر نفاخة الجسم وينقطع الحيض بالكلبة وترتفع الاطراف السفلى وحيثئذ تلك المرضى عقب النهوكة العامة

ثم ان المدة التي تمضي الى الانتهاء المحزن تختلف اختلافا عظيما فقد تقادى عدة سنوات لكن بعض المرضى يموتون بعد بضعة عشرين يوما من امراض اخرى ووربما ذلك عدد عظيم عقب المعالجة غير الجيدة فمخو هذه الاورام غالبا لا يحصل بكيفية مسقرة بل متقطعة وقد شاهدنا سنكسوفى احوالا كان فيها يتزايد السائل في الكيس ويتناقص تدريجا فكان قبيل طروا الطمث يتزايد حجم الورم بازدياد افرز جذره ويتناقص عقب زوال الطمث وبعض الكياس لا يبلغ الاجماع متوسطا ثم يستقر هكذا وقد شاهدنا في حالة من احوال الكياس المبيض التي ظهرت عند المريضة وسنها ثمان عشرة سنة فواصر بها ووصل حجم مهول جدا وادعى على ذلك عشرين سنة وانتهى هذا المرض بالشفاء التام اى عقب امتصاص مضمض لم يمكن اثباته اثباتا كليا انما الظاهر ان هذه الكياس احيانا تكاد يذمورا عقب ما يعترى جذرها من الاستعمال العظمية ومن العوارض التي يمكن حصولها في سير هذا المرض التهاب المنيقة القديمة البريتونية وهو كثير اما ذاتى عقب نمو الكياس المربع او ينشأ عن الاعمال الجراحية وهذا الالتهاب يتضخم بالام كثيرة الشدة او قليتها تزداد بالضغط وكذا ينطوا هرجية ولكون هذا الالتهاب يؤدي لالتصاق الكياس المبيضية بالاجزاء المحيطة بها فعمدة مهمة جدا بالنسبة لانداز عملية الاستئصال ومنها التهاب السطح الباطن من الكيس المبيضي وهو اندر من التهاب سطحه الظاهر واقل معرفة في التشخيص وينشأ غالبا عن بط الكيس الذي يعقبه تغير في صفات مضمضه وحيثئذ يكون الاحساس المؤلم مفقودا بالكلبة غالبا والعرض الوحيد لهذا التغير في الغالب هو الحركة الخفيفة التي لا يسهل توجيهها

غالباً ومنها تتركز الا كياس المبيضية أحياناً عقب عدها تعددا عظيماً
 أو بتأثير بعض وثران ظاهرة وانسكاب مقصلاً في تجويف البطن
 وباختلاف طبيعة مقصّل هذه الكياس تختلف الاعراض الناتجة عنها
 في الوجود والرداء فهناك أحوال يكون السائل المنسكب في تجويف البطن
 من الكياس هلياً صافياً حينئذ يمتص بسرعة ولا يمتلئ الكيس ثانياً
 الا فيما بعد أولاً يعود امتلاؤه ثانياً ومع ذلك ففي نفس الاحوال المذكورة
 يكون انسكاب السائل المصلي في تجويف البطن مصحوباً بالام شديدة
 واضطراب عام ثقيل واما الاحوال التي فيها يكون مقصّل الكيس المتفرق
 سائلاً قوي التأثير أو مشتملاً على مواد شحمية أو شعرية أو نحو ذلك فيحصل
 الموت بسرعة عقب ظهور اعراض التهاب البر يتوفى الثقيل وفي الحالة
 التي ذكرناها فيما تقدم حصل ثقّب الكيس عقب ارتجاج الجسم الشديد
 بعد مضي عشرين سنة من منشأ الكيس ولم يحصل ابتداءً الا التهاب
 بر يتوفى متوسط الشدة ولو كان مقصّل الكيس المنسكب في تجويف
 البطن ثخيناً عجيباً تقريباً ومحتوياً على كثير من الصكولستيارين
 فكان هذه الواقعة بالنسبة لتلك المرأة كانت أمراً جديداً الا أن بطنها الذي
 هبط بالكفة عقب تفرق الكيس اخذ في الامتلاء تدريجياً بحيث انه عما
 قليل من الاسابيع وجد اكثرت وزاعماً كان ولا شك ان السطح
 الباطن من الكيس المتفرق عادي فرز ثانياً وان كسب مقصلاً في تجويف
 البطن وانضم لتلك نضج ر يتوفى وقد اضطرب الحال لتكرار البذل في المرة
 الاولى استفرغ مقدار ٣٠٠٠ ر ٣٠ سنتيمتر مكعب من مخلوط مكون من افراز
 الكيس والبر يتون وقد بلغ بالوزن واحداً وخمسين رطلاً اعني ثلث وزن
 جسم المريضة قبل البذل وبعد البذل الرابع بعض اسابيع هلك
 المريضة في حالتهنوك والصفات التشريحية ايدت التخصيص المقبول
 مدة الحياة وبالجملة فالاياس المبيضية عوزاعن كونها تفرق فجأة قد
 تنفخ تدريجياً عقب حصول التهاب في جدرانها وينسكب مقصلاً اما في
 تجويف البطن أو اعضاء أخرى مجاورة عقب انصافها أو أكثر ذلك
 مشاهدة افتتاح هذه الا كياس في المستقيم وحصول ظهور مسر فيها

وبالبحث الطبيعى يمكن معرفة الاكياس المبيضية غالباً ولولم تكن صعدت الى اعلى من الحوض الصغير فاتها اذا كانت موضوعة فى مسافة دو جلاس اوبين الرحم والمثانة أو على جانبي الرحم احسن الطبيب باصبعه عند البحث من المهبل عن هذه الاصفار بورم ظاهر محدود كثير الحركة او قليلها وهذا الورم تبعاً لوضعه يحول الرحم الى اتجاهات مختلفة واحياناً يمكن الوصول الى الكيس من المستقيم وكما اتضح ان هذا الورم غير تابع لحركات الرحم الا بكيفية غير تامة تاكدت لساقفة التخصيص

واما اذا صعد الكيس المبيض من الحوض الى اعلى فيكون اعلى من الفرع المستعرض للعانة وورما قصر كالمحدود امزج الاعلى تحديداً جيداً ذا شكل مستدير غير مؤلم وفي هذا الورم يحس بتوج كثير الوضوح او قليله واذا رفع هذا الورم باحدى اليدين وكانت الاخرى موضوعة فى المهبل لاجل البحث وجد ان الرحم لا يتحرك مع الورم الا عند فعل حركات عظيمة والعكس بالعكس

ومتى غشا الورم غوا عظيماً امتد جهة الخط المتوسط والاكياس المبيضية العظيمة التى تصعد الى اعلى من جهتي البطن الى حافات الاضلاع وغلا جهتي البطن لا يمكن تحديدها تحديداً واضحاً ولا معرفة كونها اوراماً منفصلة وتعدد البطن العظيم وبروزه يكون أعظم من عرض ولا يتغير شكله عند الاوضاع المختلفة للجم وزيادة عن ذلك فيكون ذا شكل غير منتظم عند البحث بالظفر والجم وهذه الظاهرة تدل على تكون الورم من جملة أكياس مختلطة ببعضها وصوت القرع فى جميع المحال التى فيها الورم يلامس الجدر البطنية يكون أصم ويكون الامعاء تدفع الى الاعلى والجانبين بواسطة ورم المبيض تتضح الاعمية بكثرة خصوصاً فى الجهة المقدمة من البطن التى فيها يكون صوت القرع فى احوال الاستسقاء الرقيق مثلثاً أى زائناً واماً فى الجهتان الجانبية السفلى فيكون الصوت قليل الاعمية وطلياً ويحصل فى الرحم تحولات مختلفة بواسطة دفع الاورام المبيضية العظيمة الحجم وعلى ذلك تكون نتيجة البحث من المهبل مختلفة باختلاف الاحوال فان الرحم قد يكون مندفعاً الى اسفل اندفاعاً عظيماً جد بحيث يحصل فيه سقوط وتارة

يندفع الى الامام وتارة يجذب الى اعلى بحيث يستطيل المهبل ويتحد ولا
يمكن الوصول الى فوهة الرحم

وتتفحص الاكياس المبيضية الجلدية يرتكن فيه الى القولم الجيني
والنمو البطيء فيها ولا يندثر التهاب تلك الاكياس وتقيسها وبذلك يحصل
اشتقاق ما الى المثانة والمستقيم او المهبل او الجسد ارا المقدم من البطن وفي
بعض هذه الاحوال قد حصل بعد تقيح الكيس شفاء تام

(المعالجة)

معالجة الاكياس المبيضية تكاد تقتصر بفن الجراحة وجميع الوسائل
المساعدة على الامتناع ليس لها ادنى نتيجة بل الغالب انها تكون مضرة
حيث كان اغاها قوى التأثير ومثل ذلك يقال بالخصوص بالنسبة لاستئصال
المركبات الودية والزبكية وقد يحصل وقوف في غوا الكيس بواسطة استعمال
المسهلات الشديدة والحمة القاسية لكن حيث لا يمكننا التحدى على هذه
الطريقة الا زمنا قليلا جدا فقبحا - هاليس الا وقتيا فلا منفعة فيها بالنسبة
للمرضى في وقوف الورم بعض زمن في النمو ورجوعه عما قبل الى التزايد
ولا يؤمل كذلك باستئصال الجواهر الدوائية من الباطن باحداث تغيير في
جدر الكيس به يفقد قابلية تمدده ومع انه ثبت بالتجارب ان المعالجة الدوائية
ليس لها ادنى ثمرة لكن لا مانع من استعمال بعض المعالجات الطيبة لاجل
تسكين زرع المرضى خصوصا استعمال بعض الحمامات المعدنية كماء كريتنناخ
وتلس

واما المعالجة العرضية فتختلف دلالتها باختلاف حالة المرض بان كان
هناك ظواهر تدل على اختناق بعض الاعضاء المجاورة او التهاب في الطبقة
البريتونية او تغير في التغذية العامة او خلافا من الظواهر المهددة لحياة
المرضى فيجب معالجة كل منها بما يليق به وامادالات البذل أو الحقن اوة
الاستئصال فهذا من خصائص علم الجراحة

وعلمية استئصال المبيض التي تعتبر من العمليات الخطرة جدا ولا تستعمل
الا في الاحوال التي فيها يكون الورم يسبب عظم حجمه وسرعة نموه وعظم
المكابدات الناشئة عنه مهددة لحياة المرضى قد نعلت بكثرة في العشرين

الاخيرة من كثير من الجراحين وفي الحقيقة وجدت نتائجها جيدة للغاية
 لاسيما عند اجراء تلك العملية من أيادي جراحين مقرنين عليها ومجربين
 فيها فقد تحصل المعلم امين نرولس في خمسمائة عملية من استئصال المبيض على
 ثلاثمائة واثنين وسبعين انتهاء بالشفاء ومائة وثمان وعشرين انتهاء بالموت
 (المبحث الثالث في التولدات المرضية الجديدة)

(*) المضاعفة للمبيضين واورامهما الصلبة *

قد ينشأ ورم كيسى لحى يتكون جديد عظيم من أخلية متسوج ضام في المبيض
 صاحب نمو الاكياس وهذا الكيس الحصى يكون ورما يستمر ان يصل الى
 عظم الاورام المذكورة في المبحث السابق
 وفي أحوال نادرة قد تكون اورام ليفية بسيطة في المبيضين غير مضاعفة
 بتولدات متكيسة ومع ذلك فقد شوهدت ذات حجم عظيم والى الآن لمعالج
 لامرأة منها نحو خمس وخمسين سنة مصابة بورم ليفى حجمه كراس الطفل
 صلب مر كب من عدة تعقدات كائى في المبيض الايمن ويمكن ترزحه يمينا
 وشمالا ولطفه على محوره بسهولة

وأكثر من ذلك حصول احوال السرطانات المبيضية ولا يكاد يشاهد من
 أشكال السرطان في المبيض الاتفعاى واما الاسكروس والهلامى فنادر
 وقد يكتسب سرطان المبيض بمضاعفته يتكون كيسى حجما عظيما ويكاد
 يمتددهذا التكون الجديد الى أجزاء مجتدة من البريتون على الدوام وكل
 من الصلابة العظيمة للورم ذى التعقدات واختلاف سيره من السير
 الاعتيادى للاكياس المبيضية قد يحكم به مع تفاوت في التأكد على
 ان الورم ليس مجرد كيس في المبيض وفي غالب الاحوال يبقى التضخيم
 مبهما وقد تيمرنى في حالة استسقاء زقى عظيم شامتتها تضخيم
 سرطان يرتوى ناشئ من المبيض قبل فصل البذل وظهور تعقدات
 ورم المبيض وذلك عقب رفض جميع اسباب الاستسقاء واعتبار
 قول المريض بوجود آلام في الجهة اليمنى السفلى من البطن والفخذ الايمن
 وتعددت دواليبة في أوردة هذا الطرف وما قبل في معالجة الاكياس
 المبيضية يقال في معالجة أورام المبيض المذكورة هنا وزيادة من ذلك

فلاستسقاء الزقي هنا انذاراً كثرة فلاما تقدم

الفصل الثاني في امراض الرحم
(المبحث الاول في الانتهاب الرحي السترلى)
(والقروح التزلية للجزء المهبلى من الرحم)
* كيفية الظهور والاسباب *

الغشاء المخاطى الرحي يكون في مدة الحيض مجلساً الاحتقان شديداً جداً بحيث يعترى اوجيته الممتلئة تمزق وقبل ان يصل الاحتقان الى هذه الدرجة وفي الزمن الذي يخل فيه في التناقص يكون الافراز المخاطى الرحي متزايداً ومتغيراً وهذا الانتهاب التزلى الطبيعى يصير مرضياً متى استمر احتقان الغشاء المخاطى وتغير افرازه زيادة عن وقت الحيض الطبيعى او حصل في زمن لم ينقذ فيه بيضة تامة النضج من المبيض اعنى في زمن غير زمن الحيض ومتى اعتبرنا هذه الحالة سهل علينا توضيح كثرة حصول الانتهبات التزلية الرجعية اذ لا يوجد التهابات تزلية في غشاء مخاطى آخر أكثر من هذا المرض سوى التزلات العديدة فان الغشاء المخاطى لهذا العضو يكون مجلساً ايضا لاحتقانات فيسيولوجية

ثم ان الاستعداد ادللا صابة بالانتهاب الرحي التزلى يختلف باختلاف اطوار الحياة ففي سن الطغولية الذى فيه لا يخصص لاحتقانات دورية طبيعية في الرحم يندر هذا المرض ويكثر جداً في سن البلوغ وفي زمن اليأس بتناقص هذا الاستعداد بالكلية

ومن الاسباب المقمة للتزلات الرجعية الاحتقانات الاحتبابية لادوية الرحم كالتى تحصل امامن امراض القلب او الرئتين التى ينتج عنها عوق في استفرغ الدم ورجوعه الى القلب الايمن فان عوق استفرغ الدم من الاوردة الرجعية يحدث شكل الانتهاب التزلى للغشاء المخاطى في هذا العضو فيشابه حينئذ الحالة السيانوزية والقواهر الاستمعية في غير هذا العضو ومن الاعضاء وفى كثير من الاحوال يكون سبب هذا الانتهاب الرحي التزلى الضغط الواقع بواسطة الاورام او بالمواد السفلية الصلبة المتجمعة في المستقيم او التمرجح السيفى وقد اشرنا فيما تقدم الى ما هو معلوم من ان بعض

المرضى اللاتي اعترهن تزلزلات رجية قد يترك معاملة اطباثمن ولو كانوا
من المشاهير في معالجة امراض النساء ويسامن منهم لقلة التجارب في
ايدى البجاليين او يباثرن استعمال حبوب موريسون ونحوها ولم تنكر ان
مثل هاتيك المرضى قد يحصل عندهن راحة متفاوتة في المدة زيادة عما كن
عليها باستعمال هذه الوسائط المسملة المقول بانها وسائط علاجية نوعية
عمومية ومنها ان الالتهايات الرجية التولية تنشأ عن التهيجات اللاواسطية
المؤثرة على الرحم لاسيما التهيجات التي تؤثر على هذا العضو في حالة الاحتقان
الصحي ولا يحصل الالتهاب الرحي التولي بسبب ولة عظيمة جدا متى اثر مهيج
على الرحم مدة الحيض والتهيجات الواصلة التي يسكبدها الرحم كالجماع
المتكرر العنيف والسحاق والاحتسك بكقضان صناعية او حمل
فرازج او نحو ذلك من المهيجات من هذا القبيل ومن هذا بعد ايضا
التزلزلات الرجية التي تصاعف امراضا آخر في هذا العضو كالالتهاب الرحي
الجوهري وكالتولدات الجديدة في هذا العضو يعتبر التهاب الرحم هنا
عرضيا ومنها ان التزلزلات الرجية تكون متعلقة بالامراض العامة فكثيرا
ما يشاهد الالتهاب الرحي التولي الحاد في احوال التيفوس والهيضة
والجدري وغيره من الامراض التسممية العامة وكذا يشاهد الالتهاب
الرحي التولي المزمن مصاحبا عادة للخلو ووزداء الحثا زروا السل والارتباط
السببي بين الاضطراب الغذائي الموضعي الرحي وبين هذه الامراض غير
واضح كما تقدم مرارا ومنها ان الالتهاب الرحي التولي قد يظهر ظهورا وبائيا
تقريبا أي انه يكثر حصوله في بعض الازمنة بدون سبب معلوم ينسب اليه
والظهور الوبائي للالتهاب الرحي التولي لا يعني به الا التزلزلات الرجية التي
تحصل في بعض الازمنة بدون اسباب معلومة ودعواها يكون بكثرة عما
يشاهد في أزمنة اخرى

* (الصفات التشريحية)

يندر ان تشاهد التغيرات المرضية للالتهاب الرحي التولي الجاف في الجثة
لكن هذه التغيرات لا تتخالف التغيرات الاخر التي تشاهد في احوال

الاتهابات النزلية لا غشية مخاطية اخرى فيوجد حينئذ احدهما وان انتفاخ
ورخاوة ولين في الغشاء المخاطي وتناقص في الافراز المخاطي ابتداء ثم يتزايد
بكثرة وفي الدور الاول يكون هذا الافراز صافيا ومحتويا على قليل جدا من
الاخلية ثم يصير مصفرا ومحتويا على اخلية بكمية عظيمة

واما في احوال الاتهاب الرحي النزلي المزمن فيمكن ان يكون الغشاء المخاطي
كثرا انتفاخا وفي حاله ضمنا وبلونه احمرا مدمرا أو سحبابيا داكنا والافراز
الذي يخرج من تجويف الرحم يكون صديدا وكثيرا اما يكون مختلطيا بعض
المرطبة دموية واما الافراز الذي يخرج من قناة عنقه فيكون لزجا مائلا
ومكونا لسد هلامية وعند استقرار هذا التغير المرضي زمنيا طويلا يتغير
منسوج الغشاء المخاطي فعوضا عن الطبقة البشرية الهدبية تظهر طبقة
بشرية اخرى غير هدية ويزول بعض الاجربة وينتفخ بعضها على هيئة
أكياس وفي كثير من الاحوال يكون السطح الظاهر من تجويف الرحم
لا سيما جداره الخلفي متوشعا بتعبيبات سطحية سهلة الادماء وتولدات
بوليموسية وكثيرا ما يبرز من فوهة الرحم المقددة جدا خصوصا عند وضع
منظار رحي واسع الغشاء المخاطي المنتفخ المنهيب وكثيرا ما يشاهد في قناة
عنق الرحم وفي محيط فوهته تعبيبات مسنديرة في حجم حبة الدخن او البسلة
مخالطة بسائل شفاف وهي عبارة عن اجربة الجزء المهبل المتمدد بسبب
انسداده فوهتها واستقرار حصول الافراز في باطنها

وكذا يشاهد كثيرا في فوهة الرحم القروح النزلية التي توجد في اغشية اخرى
في حالة الاتهابات النزلية تكون على شكلين اما على هيئة القروح المنتشرة
النزلية اي التسطحات النزلية وكثيرا ما يوجد هذا الشكل في الشفة الخلفية
لفوهة الرحم وقد يمتد الى شفته المقدمة وقد الجوهر هنا يكون سطحيا جدا
وذا شكل غير منتظم وقاع احمر مدمر مغطى غالبيا بنضج صديدي واما على
هيئة اخرى فيسمى بالقروح الجرابية وينفج عن ثرق وتقع بعض الاجربة
المنسدة وقد الجوهر فيه يكون صغيرا مستديرا ولا ميل له الى الامتداد
عرضا وهناك شكل اخر من القروح يصاحب بكثرة الاتهابات الرحيمة
النزلية وهو قروح عنق الرحم الحبيبية وتتميز عن التسطحات البسيطة التي

يظهر انها تنشأ عنها وتعرف بسطحها غير المنتظم الحبيبي الذي يدمج بسهولة عظيمة والصفة الرخوة لانهيبات تمنع من اختلاط القروح التحببية بالتسلطانات البسيطة فان هذه الاخيرة متى كان مجلسها على سطح موضح بقصببات جراحية متقاربة لبعضها و ذات بروزات تكتسب هيئة حبيبية كذلك

(الاعراض والسير)

الالتهاب النزلي الشديد للرحم ذو السير الحاد نادرا ما يعد الشكل الزهري منه وستتكم عليه فيما بعد وفي العادة يبتدئ هذا المرض باعراض الاحتقان الشديد نحو الاعضاء التناسلية الكائنة في الحوض وبآلام مزقة في القطن وفي قدمي الاريتين مع احساس بامتلاء وثقل في الحوض وبصر في التبول ويزجر أيضا غالبا وبالضغط على البطن الاسفل تتألم المريضة ولولم يحس عند الجلس بالرحم من خلال الجسد البطنية وفي أحوال هذا المرض الخفيفة لا تتكون هذه الظواهر مصحوبة باعراض حمية عادة وأما في أحواله الشديدة سيما التي تظهر عند الأشخاص ذوي الحساسية العظيمة فلا يندر أن تكون مصحوبة باعراض حمية ثم بعد مضي ثلاثة أيام أو أربعة تترك المريضة خروج سيلان من أعضاء التناسل يكون في الابتداء شفافا وفيه بعض لزوجة ويحدث في ملابس المريضة بقعا صفراوية وفيما بعد يصير هذا السيلان غير شفاف قصبيا كثيرا أو قليلا ويترك في الملابس بقعا مصفرة وإذا وضع المنظار الرجي في المهبل وهي واسطة مؤلفة جدا متى كان المهبل مشرقا في الالتهاب مع الرحم وجد عنق الرحم متفخضا ذا لون أحمر داكن وشاهدا أيضا خروج الافراز المذكور سائلا من فوهة الرحم وهذا السائل يكون ذا صفة قلوبعكس الافراز المهبل فانه يكون ذا صفة حمضية وفي غالب الاحوال تزول الآلام والحجى معا بعد مضي ثمانية أيام أو أربعة عشر يوما ويتناقص السيلان أيضا ويفقد هيئته القصبية ثم يزول بالكلية وفي أحوال أخرى تعقب اعراض الالتهاب الرجي النزلي الحاد باعراض الشكل المزمن منه

ثم ان الاحوال الاخيرة أي التي فيها يعقب الالتهاب الرجي الستزلي الحاد بالالتهاب الرجي التزلي المزمن اندر من الاحوال التي فيها تحصل

الظواهر الخاصة بالالتهاب الرحمي المزمن ابتداء وفي مثل هذه
الاحوال يكاد ابتداء المرض لا يكون واضحا حتى ينأ كد من معرفة فان
المرضى عادة لا تنتفعن التفاتا كلية السيلان الذي يكون مدة طويلة من الزمن
هو العرض الوحيد لهذا المرض مادام هذا السيلان غير غزير بحيث لو سئل
عن ابتداءه لكدن أن يجيب على الدوام بجواب غير قطعي وكية السيلان
المنفرز كل يوم تختلف اختلافا عظيما فتارة تكون قليلة وتارة غزيرة بحيث
تلقبى المرضى لتغير الملابس يوميا أو وضع مناديل منثنية جولة ثياب مدة
الليل ويستدل من سكون السيلان متعلقا بنزلة رجعية بخروج سدود
مخاطية غزاجية اللون زمنافز منافز وكانت البقع المخاطية عن الافرازي
الملابس منجباية تباقة واما السيلان العديدي الذي يختلف بقعاه مصفرة فلا
يمكن معرفة كونه آتيا من الرحم والمهبل وكما أثر الافرازي تأثيرا ميجا
على السطح الباطن من الفخذين قوى الظن بان جزأ منه بالاقل آت من
المهبل وفي الادوار الاخيرة لهذا المرض لا يندرا احتباس هذا السائل في
قجوىف الرحم بسبب اقتفاح ثنيات الغشاء المخاطي والسدد المخاطية
السادة لعنق الرحم وحيث قد يمتلى قجوىف الرحم ويمدد وفي مثل هذه
الاحوال تحصل أحيانا انقباضات مؤلمة في الرحم كالام الطلق تعرف
بالقصن الرحمي وكما استطالت مدة الالتهاب الرحمي التزلى وتقدم تغير
الغشاء المخاطي عن حالته الطبيعية كلما كثرت مشاهدة اصطحاب الاحتقان
الفسولوجي للرحم الذي يطرأ مدة الحيض بظواهر مرضية واكلتها
المكابدات الشديدة التي تطرأ قبل الحيض والالام التي تحصل في أثناءه
أعنى عصر الحيض وفي احوال أخرى قد يحصل قدد موى من الرحم وفي
غيرها يتشاقص أو يفقد بالكلية واما الحمل فلا يمتنع دائما والتجارب
التي تثبت حمل بعض المصابات بالتهابات رجعية شديدة مستعصية جدا
تدل على ان النزلة الرجعية في حد ذاتها لا تمنع الحمل بل الذي يمنعه هو
امتدادها الى البوقين وانسدادهما بالمحصل المرضى للغشاء المخاطي
هو السبب الرئيس لعدم الحمل فحيث لا مانع من حمل المصابات بالالتهاب
الرحمي التزلى المزمن الا انهن يكن عرضة للاجهاض والوضع الغير اى

المركزى المشيمة وقد ظهر وبت ان كلا من الوضع الغير للشيء والعقر عند
 المصابات بما ذكر هو صعوبة تشبث البيضة بالغشاء المخاطى فى
 الحسالة الاولى لا تثبت البيضة عند قووة البوق بل فى محل غابر من الرحم
 وفى الثانية لا تعجز عند القووة الباطنة من عنق الرحم بل تسقط منه
 وتفسد ويتكون العنبات الشفافة المعروفة بعنبات قابوت الناجمة عن قو
 اجرة الرحم والقروح القزلية والجراية فى قووة الرحم لا تنوع امراض
 الالتهابات الرجمية انزلية تنوعا عظيما واما القروح الحبيبية التى تحصل
 أحيانا فى هذا المرض فكثيرا ما تكون سببا للاحساسات المؤلمة ومهولة
 التزيف عند الجماع وتؤدى بسهولة لحصول الاضطرابات العصبية التى
 سنذكرها فيما بعد وتأثير النزلات الرجمية المزمنة فى الصحة العامة يختلف
 اختلافا عظيما فتم نساء يفعلن هذا المرض ولو شديدا مدة مستطيلة مع
 بقاء صحتهم العامة وقوتهم وهيشتم الجيدة وهناك من يحصل لهم تحاقة
 بسرعة فتتسط قواهم ويصير لون جلدهم باهتا ومغنا وتضطأ أعينهم
 بهالة مزرقة وهكثيرا ما تشاهد الاضطرابات العصبية العامة المختلفة
 عند المصابات بالتهابات رجمية مزمنة وينشأ ذلك اما عن حالة الانبعا
 الموجودة فيهن او عن تجميع القريعات العصبية الرجمية وامتداد هذا التجم
 المرضى الى اعصاب أخرى بطريقة انعكاسية واهكثيرا ما تشاهد الاضطرابات
 مشادة هو الثوران العصبي العام وكذلك الآلام والتشنجات العصبية
 أو الاستريا الواضحة (راجع بحث الاستريا) ويعتبر من التقدمات العظيمة
 للطب الوقوف على كثرة الارتباط بين هذه القواهر العصبية الاستيرية
 والنزلات الرجمية ونسبها من امراض الرحم واثبات ذلك بالملاحظات
 اللاواسطية ومعالجتها معالجة لا ثقة لكن قد صار الوقوع فى خطأ مضاد
 لذلك فى هذا العصر وذلك لانه اعتبرت كل استريا متعلقة بمرض فى الرحم
 بلا تبصر فى حقيقة الامر وضرب صفحا عن باقى اسباب الاستريا فانه لا شك
 انه من منقلا القبهات الافكار فى هذا المرض نحو الجزء المهبلى من الرحم
 وكادت تترك معالجة الاستريا من العوام والاطباء الى الاطباء المختصين
 بامراض النساء شفى كثير من المصابات بالاستريا وكانت تنبى سابقا

بلاشفاء لصكن من جهة أخرى كثير اما لا يبرأ من الاثنا وكان في الاثنا
 السابقة يحصل على فائدة من الاطباء ولذا كان من الواجب على كل طبيب
 الاشتغال بامراض النساء ولو بدرجة ما و يمارس حق الممارسة استعمال
 المنظار الرحي فان لم يجر الطبيب المعالجة الموضعية بنفسه ما غلب ان يتركها
 لطبيب خاص بامراض النساء لئلا يخطئ نفسه بالحكم بان كان يلزم اجراء
 هذه المعالجة الموضعية ام لا والغرض للاطباء المختصين به - هذا الغرض
 في زوال امتناع النساء بالنسبة لاستعمال المنظار تقريرها فانه في الطبقة
 العليا من العائلات يعلم كل من الزوجين بانه لا بد من استعمال المنظار عند
 وجود السيلان الايض بل وفي العائلات الوسطى لا يجد الطبيب ذو الامنية
 ادنى عائق عندما يؤكّد بان البحث بالمنظار واجب ولذا لا ينبغي لطبيب في
 مثل هذه الاحوال ترك البحث بهذه الآلة اذ به يمكن الوقوف بالدفقة على
 يقبوع السيلان ومعرفة أغلب تغيرات فوهة الرحم التي شرحتها فيما
 تقدم واما البحث بالاصبع فلا يكفي الا في معرفة وجود اتساع الجزء المهبل
 من الرحم الذي كثيرا ما يصاحب التزلات الرجمية وفي وجود العنيمات
 النياوتية وسير الالتهاب الرحي انترلي من غالب اذ كثير ما يجتد عدة
 مستن وبقاوم المعالجات الجيدة ومن تاييدها قنابات الرجمية الجوهرية
 المزمنة لوقوع تفسات الرحم وانسداد قناة عنقه وسيأتى ذلك موضعها في
 موضع على حدة

(المعالجة)

اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية في هذا المرض من أهم الامور فاننا وان
 اعترفنا بتقدمان الاطباء المتقدين المختصين بمعالجة امراض النساء
 وانصحت لنا تسامح معالجتهم في التزلات الرجمية وتفضيلها عن تسامح
 الطرق العلاجية القديمة لا يخلو ولا بد البعض منها من توجه الاعتراض عليه
 وذلك لانهم يلتفتون كل الالتفات لاتمام ما تستدعيه معالجة المرض نفسه
 بدون التفتات الى ما تستدعيه المعالجة السببية له فالدلالة السببية
 في الاحوال التي يكون فيها الالتهاب الرحي التزلي ظاهرة متعلقة باحتقان
 دموي ويرى احتباسي كالساقع عن امراض القلب والرئة لا يمكن انماها

غالبها وفي الاحوال البقية يكون فيها احتقان الرحم ناتجا عن امساك مستعصم اعتيادي تكون معالجة هذا المرض على حسب القواعد المذكورة في مجته ناجحة ولذا لا يجوز الشروع في معالجة الموضعية للرحم إلا بعد التاكيد من ان ازالة الامساك المعتيادي بانفراده ليس كافيا في الشفاء في مثل هذه الاحوال وكثير ما يوصى بعد المعالجة الموضعية القوية للنزلات الرحمية بمعالجة تابعة بواسطة تعاطي المياه المعدنية المسهلة وغير هامس من المسهلات لطيفة وتكون هذه الاخيرة اكثر نجاحا من المعالجة الموضعية وذلك لانها تتركب عليها ازالة سبب هذا المرض وكذا من المعلوم انه ينبغي ازالة أو تجنب جميع المؤثرات المضرّة المهيبة للرحم أو المحافظة لهجه ومن هذا القبيل استئصال التولدات الغريبة المتكونة فيه ومعالجة بعض الامراض العضوية الاخرى الناجمة عنها كالتهاب الرحمي النزلي المزمن واما النزلات الرحمية المتعلقة بشغيرات بنية عومية كالانبيسا والخلوروز وغير ذلك فينبغي قبل معالجتها الالتفات الى حالة البنية العامة فتستعمل مثلا الاسفحصارات الحديدية والسكنية والاغذية المقوية وتعاطي النبيذ بمقدار مناسب في الاحوال التي تكون فيها هذه الالتهابات ناجمة عن الانبيسا والخلوروز وكذا النجاح الذي يحصل احيانا من الحمامات الباردة والبحرية والمعدنية والنطولات الباردة وتنوب مع حالة المرض وتغذيتها ومعيشتها في احوال النزلات الرحمية المزمنة بعد ايضا من دلالات المعالجة السببية المؤثرة على عموم البنية

واما معالجة المرض نفسه فان الدلالات العلاجية في احوال الالتهاب الرحمي النزلي يسهل اتمامها اكثر من غيره من الالتهابات النزلية لافقية مخاطية اخرى يعمر الوصول اليها وكثيرا ما ذكرنا عدم منفعلة الوسائط العلاجية المستعملة من الباطن بالمقول عنها انها مضادة للالتهابات النزلية فانها في معالجة الالتهابات الرحمية النزلية لا حاجة لها بالكلية ولذا ان ملح الشواهد الذي لم يزل يزعم كثير من اطباء انه جيد التأثير في النزلات الشعبية والمعدية والمخوية ليس له أدنى استعمال في النزلات الرحمية فانه يوجد عندنا وسائط اكيده جيدة في هذا المرض ومن زعم ما في اقول ان

المعالجة الموضوعية لالتهابات الرحمية النزلية غير ضرورية وإن أخط بقدر
تساخها فقد أخطأ وانما اردت فيما تقدم أن أشير الى أنه لا ينبغي التمسك
باحدى الدلالات العلاجية واهمال الاخرى ففي جميع الاحوال التي فيها
لا يمكن معرفة سبب النزلات الرحمية وهي الكثير الغالب ينبغي فعل معالجة
موضوعية وكذا تستعمل هذه المعالجة في جميع احوال النزلات الرحمية والتي
استمر فيها هذا المرض زمن طويلا على الخصوص المضاعفة بقروح سيما
الحيبيبية مع ملاحظة الوسائط العلاجية الموجهة نحو سبب هذا المرض
كما ذكرنا ومن الوسائط العلاجية الموضوعية نذكر ابتداء الحقن في المهبل
وفي الزمن المتقدم عن هذا العصر كانت هذه الواسطة هي الوحيدة المستعملة
في احوال السيلان الابيض للنساء سواء كان آتيا من الرحم أو المهبل وهذه
الواسطة وإن كانت مساعدة في المعالجة وأقل ما هناك في النظافة فلا تكفي
في شفاء هذا المرض مثل الطرق الآتية ويكون الحقن في النزلات الرحمية
الحادة بالماء الفاتر أو المغليات المليئة الفاترة وفي النزلات المزمنة يحقن
ابتداء بالماء الفاتر ثم بالماء المصنعة درجة حرارته شينا فشيئا أو بمحلول سلفات
الحار صين أو اثنين أو الشب والاجود هنا استعمال الحقنة ذات الطلومية
لا البسيطة ذات الخرطوم المرن المثقب وذلك لاجل ادخال كمية عظيمة من
السائل بدون احتياج لقروح خرطوم الطلومية وادخاله في المهبل مرارا
وتهييج المهبل وحسنى الرحم بلا فائدة ويوصى أيضا في احوال التهاب
الرحمى النزلى الحاد بارسال العلق على قوّة هذا العضو سيما اذا كانت
النزلات شديدة جدا وهكذا تستعمل هذه الواسطة في الالتهابات النزلية
المزمنة للرحم عندما امتداد الالتهاب الى جوفه أو متى حصل توران في
المرض معسوب باحتقان شديد نحو اعضاء الحوض وكذلك قد أوصى المعلم
اسكنسونى بارسال العلق أيضا في الاحوال التي توجد فيها قروح حيبيبية في
قوّة هذا العضو ويوضع اما بيد الطبيب او قابلة متعوده على فعل هذه
العملية مع جزم الطبيب بمعرفتها وعلى كل فالاطباء المختصون بامراض
النساء قد رجعوا عن الاكثار من ارسال العلق على قوّة الرحم في
معالجة الالتهابات الرحمية المصوبة بتفرجه عكس ما كان يحصل من

الافراط في الاستعمال سابقا والواسطة القوية في معالجة التهابات
 الرجمة النزلية المزمنة سيما المحصورة بتسلخات نزلية او قروح جوائية في الجزء
 المهبل من الرحم هو مس فوهة الرحم او قنطرة عنقه بحجر جهنم او بحصول
 من صكز منه ولاجل تجنب تصف قلم الحجر الجهنمي في قناة عنق الرحم
 يستعمل ما كان محمي منه مرتين على النار والمضاف اليه بعض قطرات
 من ملح البارود لاجل تعلبه بالقلم المصنوع بهذه المثابة يمكن ادخاله في
 قناة عنق الرحم بدون خوف وان حصل نزيف عند السكي بالحجر الجهنمي
 الصلب او بعده وذلك كثيرا الوقوع حتى في القروح البسيطة ينبغي
 استعمال محلول مركب من هذا الجوهر (جزء منه على جزئين أو أربعة من
 الماء المقطر) والافضل من صب هذا السائل في منظاره من الجزء المريضي به
 بفرشة ناعمة وهذه العملية ينبغي تكرارها كل أربعة أيام أو ثمانية الى أن
 يتناقص السيلان ويكتسب الجزء المهبل من الرحم هيئته الطبيعية والمعالجة
 بهذه الطريقة في احوال التزلات المزمنة للرحم ذات نجاح عظيم جدا بحيث
 ان مس فوهة الرحم وقنطرة عنقه في احوال التهاباته النزلية المزمنة بالحجر
 الجهنمي او محلوله المركب يعيد من التقدمات العظيمة المستجدة لطلب
 العمل والام الذي ينتج عن كي فوهة الرحم بهذا الجوهر ليس عظيما
 في اكثر الاحوال وفي بعضها يكون شديد الغاية فقد ينشأ عن ادخال
 قلم الحجر الجهنمي في قناة عنق الرحم دخولا غائرا اتقباضات مؤلمة
 في الرحم تسفر جملة ساعات وزيادة عن استعمال الحجر الجهنمي في
 التسلخات النزلية لفوهة الرحم وقروحها الجارية تستعمل جواهر أخرى
 كحمض الحليك ومحلول تتران الزئبق وككبريتات الالومين (أعني الحجر
 الالهي) ومحلول فوق كاورور الحديد فاما حمض الحليك فيفضل استعماله
 في قروح فوهة الرحم التي لها ميل عظيم الى التزيف واما محلول تتران
 الزئبق والحجر الالهي خصوصا فيستعمل كل منهما في الاحوال التي فيها
 لم يجد استعمال الحجر الجهنمي نفعا ومن الوسائط الكبيرة النفع جدا في
 مثل هذه الاحوال الحديد النحى لكن عدم كثرة استعماله مبنى على انزعاج
 المرضى منه وتأثيره المفرع لاعتداده ككثرة آلامه ولاعن خطريته فهو فيه

والقروح الحبيبية السهلة لعمدة الرحم يستعمل في معالجتها مع
 الفجاح العظيم صلب حمض الخبيث في المنظار فانه واسطة قوية الفجاح
 اذ بذلك يقف التزيف في كثير من الاحوال وذلك أ كدم استعمال فوق
 كلورور الحسيد والشب الذين يفضل استعمالهما على الحالة الطبيعية
 لا المحلول في الماء وفي بعض الاحوال المستعصية أعنى التي لا تثمر فيها
 الطرق السابق ذكرها والتي يظن فيها وجود تغير مرضي في تجويف
 الرحم نفسه ينتجاً للعنق في تجويف هذا العضو والمستعمل في ذلك عادة
 محلول نترات الفضة (من خمسة دمي جرام على ثلاثين جراماً من الماء المقطر
 أعنى من نصف جرام منه على أوقية من الماء) والحقن بهذه الكيفية أقوى
 وأشد من مس فوهة الرحم بالجر الجهنمي وعند وجود الاستعداد للتزيف
 الرحي بسبب ضخامة الغشاء المخاطي الرحي يحق أيضاً بمحلول فوق كلورور
 الحسيد أو صبغة اليود أو محلول الشب أو التنبر أو حمض الكربوليك كما
 أوصى به بعضهم وهذا الحقن يقطع النظر عن امكان نفوذ السائل من
 البوقين الى تجويف البطن قد يعقبه احداث مفعس رحي شديد بل التهاب
 رحي حاد أو رحي دائري ينتهي بالموت احياناً ولذا ان اجراء الحقن في ياطن
 الرحم يستدعي احتراسات عظيمة جداً بمعنى انه يحقن بواسطة قساطير ممتدة
 أو بواسطة محقنة برون وهو الاجود أو بمس مزدوج بكيفية واهية جداً
 وبدون ادنى قوة في تجويف الرحم بعد توسيع عنقه بواسطة قطع اسفنج
 مجهزة مضغوطة حتى يمكن التأكد من رجوع السائل بسهولة ولا يفعل هذا
 الحقن مادام الرحم ذا حساسية عند الضغط أو كان موجوداً مع المريضة
 التهاب رحي جوهري أو مضاعفة اخرى

(المبحث الثاني في الالتهاب الرحي الجوهري)

(أو التهاب الرحم الحاد والمزمن)

(* كيفية الظهور والاسباب *)

التغيرات التي يكابدها منسوج الرحم في أحوال التهاب الجوهري الحاد
 والمزمن تكاد أن تكون قاصرة دائماً على الاحتقان الشديد والوذمة
 الالتهابية وغو وضخامة الالبان الخلوية لجوهر هذا العضو غوا

لا تشترك فيه ألياف العضلية الا قليلا ولا تشترك فيه بالسكاية وأما تفريقه
أو تكون خراجات فيه فيكاد أن لا يحصل ذلك بالسكاية بقطع النظر عن
الشكل النفاسي الذي لا تعرض له هنا

وأما ما يخص أسباب الالتهاب الرحى الجوهرى فخصيله على ما قيل في
أسباب الالتهاب الرحى التزلى فان المؤثرات المرضية التى ذكرنا هناك
تحدث نارة التهابى جوهر الرحم وتارة فى غشائه المخاطى واكثر من ذلك
حصولا كونهما تحدث الالتهاب فيهما معا وكذا يسهل احداثها للالتهاب
الرحى الجوهرى متى أثرت على الرحم مدة كون هذا العضو فى حالة احتقان
فسيولوجى ولذا كررنا ان الالتهاب الرحى الجوهرى للرحم الحالى عن
الحمل نتيجة امتداد الالتهاب الرحى النفاسى او بالاكل كثيرا ما يتبدى هذا
الالتهاب عقب الوضع أو السقط

* (الصفات التشريحية) *

فى أحوال الالتهاب الرحى الجوهرى الحاد يوجد الرحم متزايدان خصوصاً
فى سمكه فقد يصل الى حجم بيضة الدجاجة أو أزيد وجوهره يظهر بسبب
الامتلاء الوعائى داكنا كثيرا أو قليلا وغالبا ذا لون أحمر غدير مستو
والثغيرات المذكورة تكون فى الطبقات القريبة من الغشاء المخاطى
أكثر وضوحا وأحيانا توجد انسكابات دموية متفاوتة العظم فى جوهر الرحم
وأما الغشاء المخاطى نفسه فيكاد يظهر دائما العلامات الخاصة بالالتهاب
التزلى وكذا المابقة المصلية لهذا العضو كثيرا ما تشترك فى الالتهاب فتكون
مغطاة بترابىحات ليفية وفى الالتهاب الرحى الجوهرى المزمن يتجاوز هذا
العضو حجمه الطبيعى مرتين أو ثلاثة والقطر المستطيل لخبويفه يكون
متزايداً وجدره قد يبلغ فى السماكة قيراطا والاحتقان الوعائى الجوهرى
الذى يوجد فى الابتداء يزول فيما بعد بسبب الضغط الواقع على الاوعية
الشعرية من المنسوج الخلقى المنكش المتكون جديداً وحينئذ يظهر منسوج
هذا العضو باهتاجا فائيا بساميكاً بدرجة عظيمة جدا غالبا بحيث يسمع عند
شقه صرير وتوجد فى بعض الاصناف درات وريدية دوائية وإذا كان الجزء
المهبلى هو المصاب بكثرة فان شففى فوهة الرحم تكونان منفعتين

ومدة سدة بن تعدد اعظيماً حياناً على هيئة الخرطوم والغشاء المخاطي
يكون على الامام مجلساً متغيراً التي ذكرناها في البحث السابق
وأما الطبقة البريتونية فكثيراً ما توجد ملتصقة بالأعضاء المجاورة
التصاقاً متيناً

* (الاعراض والسير) *

الالتهاب الرحي الجوهري الحاد كثيراً ما يندئ بنوبة قشعريرة كالالتهاب
الرحي التزلي ويصطبب مدة سيره بأعراض جية مثله ولذا توجد في هذا
المرض الآلام القطنية والاربيسة والاحساس بالثقل في الحوض وشدة
حساسية القسم السفلي من البطن وتعمر البول والزحير كما يوجد أيضاً
في الالتهاب الرحي التزلي لكنها في شكل هذا الالتهاب تكاد تصل الى
درجة عظيمة دائماً وسندراً يحس بالرحم في هذا المرض أعلى من الارتفاق
العاني لكن بالجلس من المهبل يقق من عظم حجم هذا العضو وشدة
حساسية جزئه السفلي وقصر جزئه المهبل وتيبسه وينضم لهذه الاعراض
اضطرابات عظيمة في الحيض فإذا ابتدأ المرض مدة سيلان الحيض وهو
الغالب شوهدها انقطاع الدم دفعة واحدة وأما إذا حصل الحيض مدة سير هذا
المرض شوهدها ما حصل نزيف رحي (المعروف بالالتهاب الرحي التزفي)
أوشوهدها وهو الغالب عدم حصول التزفي بالكلية وفي غير زمن الحيض
يوجد السيلان الواصف للالتهاب الرحي التزلي فانه يصاحب على الدوام
الالتهاب الذي نحن بصددده في الاحوال الحميدة يقطع هذا المرض سيره في
مدة اسبوع أو اسبوعين وينتهي بالشفاء التام عقب الاعطاط التدريجي
لقواهره المرضية وأما في الاحوال التي ليست جيدة فينتقل فيها المرض
من الحالة الحميدة الى المزمنة وأما انتهاءه بكونه يخرج الى الرحم فيفتح
في تجويف البطن وحصول الموت فهو نادر جداً

وأما أعراض الالتهاب الرحي الجوهري المزمن فانها لا تكون في الغالب
واضحة ما عدا زمن الحيض وتشكى المرضى يكون في الغالب قاصراً على
الاحساس بثقل في الحوض وانضغاط نحو الاعفل وينتج من الضغط الواقع
من الرحم المنتفخ على المستقيم والمثانة امساك غالباً وتطلب متكرراً مؤلم

للتبرز والتبول وفي ابتداء هذا المرض يسيل الطمث بغزارة مدة طويلة
 لكن متى حصل الضغط على أوعية الرحم بسبب المتسوج الخلو المتكون
 جديداً تكابد المريضة مشاق شديدة في زمن الحيض ويتناقص الطمث شيئاً
 فشيئاً وكثيراً ما ينقطع الحيض فيما بعد مدة أشهر بل سنين فالمريضة تكابد
 آلاماً شديدة تتردد في أزمدة منتظمة مواهنة لزمن الحيض وهذا يدل على
 اسفرار نضج البيسة وانفصالها وكذا في هذا الشكل من الالتهاب الرحمي
 الذي يكون مصحوباً أيضاً على الدوام بالالتهاب الرحمي النزلي تضطرب
 تغذية المريضة عادة اضمحاراً عظيماً وتشاهد الثورات والاضطرابات
 العصبية المذكورة في البحث السابق وبالبحث الطبيعى كثيراً ما يحس
 بالرحم المتقدداً على العانة من خلال الجدر البطنية وكذا بالجنس من المهبل
 يحس بانتفاخ الجزء الرحمي المهبلي وتبيسه وفي قبة المهبل يحس أيضاً بالجزء
 السفلى من الرحم المتألم كثيراً أو قليلاً وإذا أدخل المصح الرحمي في
 تجويف الرحم وجد قطره المستطيل متزايد الكسر فعلى هذا البحث ينبغي
 اجراؤه مع غاية الاحتراس من طبيب مقرر وهذا المرض وإن كان ليس
 خطراً إلا أنه قد يستعصى عن العلاج ويزمن لكن لا ينبغي اعتباره عضالاً
 أى غير قابل لشفاء مهما استطالت مدته ووصل لدوره الاخير فان ما يحصل
 بعد الولادة من صغر الرحم وزوال منسوباته الجديدة التكوينية التي
 تكون مدة الحمل بثبت ولا بدانه من الجائز أيضاً زوال الاليساف الجديدة
 التي تكون مدة هذا المرض تكوناً مرضياً فكثيراً ما برئت التهابات
 من هذا القبيل سيما عقب الولادة وحينئذ يظهر أن زوال المنسوبات
 الجديدة المرضية وضمورها يتم مع زوال وضمور المنسوبات العصبية الجديدة
 التكوينية أيضاً

* (المعالجة) *

اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية بواسطة تبعيد جميع المؤثرات السابق
 ذكرها التي تحدث احتقاناً في الرحم أو تساءد على حمله أمر ضرورى
 لنجاح المعالجة فان تبعيد جميع المنبهات لدورية بواسطة المشاق الجسمية
 والمشروبات المنبهة والمطعمات العسرة المضم من أهم الامور وكذا ينبغي

منع الشهوات التماسية أو بالآخر تنقيصها وعلى المريضة استعمال الرياضة
اللطيفة عند جود الأهوية لا الحركات العنيفة بشرط أن لا تحدث حركات
الرياضة احساسا متعبا والمداوى في الحالة الأخيرة تفضل الراحة المستطيلة
ولو مع اعتدال الجو

وأما التهاب الرحم الجوهري الحاد أو ثوران الشمل المزمن ثورا عظيما
فيستدعي الراحة التامة في الفراش مع الاستلقاء على الظهر مع رفع الحوض
وعند وجود ترديد عظيم في حساسية البطن السفلى الدال على وجود
مضاعفة بروتينية يؤمر بإرسال العلق على البطن واستسعال الوضعيات
الباردة وفي الأحوال الاعتيادية التي فيها يكون التهاب قاصر على الرحم
تستعمل الاستفرغات الدموية الموضعية على القمم المهبطية من الرحم
لأجل أحداث استفرغ لا واسطى في العضو الملتهب مالم تجمع من ذلك حالة
البكارة وإرسال العلق الذي كان يستعمل بكثرة يفضل عليه الآن الأطباء
المختصون بأمر النساء بشرط الجزء المهبطي من الرحم والتشريط
الصغيرة في غشاء هذا الجزء المخاطي تفعل بواسطة آلة المعلم ما يروى
هبارة من مشرط صغير ذي حافة قاطعة مستدير فويطو بآلة وهذه الآلة
دائت الطرف الشبيه بأطراف الريشة يخدم لتشريط الغشاء المخاطي ويزغ
الأجرة المنتخفة ووجهه أفضل ما ذكره العلق هو عدم التألم منه بالكلية
قريباً وإن استفرغ كمية الدم به يكون بحسب الاقتضاء بأن تفعل شروط
صغيرة أو غائرة سيما وإن المعلم شرودرا تعرض على إرسال العلق يكون من
تلك الحيوانات ينفع عنه تخرج به يحصل ثور دموي نحو الجزء الذي صار
خالياً من الدم وتبعاً لوصايا هذا الطبيب ينبغي إجراء استفرغ الدم بواسطة
التشريط مراراً (بل وعند تناقل هذا المرض الدوري ينبغي إحرا التشريط
كل ثلاثة أيام أو أربعة) وحينئذ فلا ينبغي الاستفرغ قليل من الدم جداً
(فيكون بقدر نصف أوقية كل مرة) وإنما إذا كانت المريضة دموية المزاج
وكان الرحم محتقناً جداً فلا مانع أن تكون كمية الدم أوقية) وقد حذر هذا
الطبيب من استعمال ريش عنق الرحم بالماء البارد فارتجى التبريد وادار
نظن يعقبه تضيق وقني في الأوعية الشعرية لأنه يعقب بمرارة باسترخاء

فيما ينتج عنه امتلاء دموى عظيم يجمع من ثمرة الاستفراغ الدموى الموضعى ولا يمنع كرم من الانبياء العامة ولا الحيض القزير من استعمال هذا الاستفراغ بل ان هذا الاخير باستعمال استفراغ الدم من الرحم قد يتماقص تناقصا عظيما والتأثير الجيد للتشريط تنضج ثمرته من تلطف مكابدان المريضة ومن تناقص حجم الرحم وحساسيته وأما تراكم المواد السلية في المسمى التى تخرج الرحم وتساعد على احتقانه فينبغى ازالتها بالمليينات اللطيفة كهصارة بعض الاثمار والمن رجعة ويئة ونحو ذلك

وفي اثناء دور انقطاع التهاب وتناقص تخرج التهاب الرحم توجه المعالجة نحو تنبيه الامتصاص في الرحم المتكاثف وايقاظه لاجل تنقيص حجمه ورجوعه لحالته الطبيعية وعلى حسب تزايد درجة حساسية الرحم أو ضعفها واحوال المريضة البنية ينبنى انتخاب الطريقة العلاجية خفيفة كلفت أو شديدة وأهم الطرق العلاجية في ذلك المعالجة بالاستحمام أو شرب المياه المعدنية وفي الغالب يستعملان معا فعند وجود ازدياد في الحساسية الموضعية وفي النساء العصبيات الشديديات التنبيه يفضل وضعيات بريسنس والحمامات الجلوسية الفاترة لا الحمامات العمومية الفاترة مع استعمال مياه ينابيع مس ونحوها وفي النساء اللاتي فيهن التهاب الرحم الجوهري يكون ضعيفا بدور تخرج التهاب يحتاج للمعالجة المنهية فلا سيما الحمامات القلوية وحمامات المياه الامية فانها اقوى الوسائط في تقوية الامتصاص لاميا مياه كرسناخ وكيسنجر ونحو ذلك وفي مثل هذه الاحوال يستعمل أيضا التشلل الباطنى على الرحم لكن مع الاحتراس حتى لا ينتج عنه زيادة في التخرج وإيقاظ التهاب جديد واما المعالجة شرب المياه المعدنية فعند غير الانبيات من النساء تستعمل الينايمر المحتوية على اليود مثل كرسناخ وماهليز ونحو ذلك ولما النساء الجيدات التغذية اللاتي اعترهن امسالك أو احتقانات احتباسية فيستعملن شرب مياه كيسنجر وجودسى أو مريين بادأ ونحو ذلك وعند النساء الانبيات الضعفاء نستهمل مياه الينايمر الحديدية كماه فرنبا دوليبيول وسو بل ومياه شوال باخو بيرموذودريو رغ من المياه الحديدية القوية وفي الاحوال

المستعصية جداً فليحدث اتصال الجزء المهبل من الرحم سيما ان مكان
مقدداً يابساً تناسقاً عظيماً في هذا العضو وقد اثبت برون ان هذا النقص
يغيب استجابة شبيهة بالاستجابة الفاسية وأما ما يخص هذه العملية
التي تفعل أحياناً بالنقص أو المشرط أو الكاوي الجلاوي فهذا من خصوص
كتب الجرارة أو كتب أمراض النساء

(المبحث الثالث في الالتهاب الرحمي الدائري)

تعمل الالتهابات في محيط الرحم بكثرة في أثناء النفاس وكذلك لا يندر
حصولها خارج هذا الوقت فان كان منشأ الالتهاب من الطبقة المصلية
المقدمة للرحم أو الأعضاء المتعلقة به وكان على شكل الالتهاب البريتوني
الجزئي الحوضي سمي ذلك بالالتهاب الرحمي الدائري أو المحيط وأما ان كان
محيط الالتهاب في النسيج الخلوي تحت بريتون الحوض حول الرحم أو
الأجزاء العليا من المهبل أو بين الأربطة العريضة فيسمى ذلك بلفظ
الرحم

والالتهاب الرحمي الدائري يؤدي لتكون نضج متفاوت على السطح السائب
من البريتون وبواسطة هذا النضج القليل الكمية الكبيرة الليفية تنشأ
التصاقات بين الرحم والأعضاء المجاورة وكذلك النضج المائع الغزير يكون
عادة محدوداً بواسطة التصاقات دائرية وبعد امتصاص النضج الالتهابي
كثيراً ما يبقى التصاق بين أعضاء الحوض وأما في الالتهاب الرحمي الفلغموني
فيحصل نضج في المنسوج الخلوي تحت البريتون يكون من الابتداء صلباً
ياساً وقديماً من هذا النضج لكر كثره يخلفه تنوّي المنسوج الخلوي
وتنحني ندى تآبى وفي أحوال أخرى قد ينتهي الالتهاب وينسكب مخصله
إلى المستقيم أو المهبل أو المثانة أو تجويف البطن

ثم إن كلاماً من الالتهاب الرحمي الدائري والفلغموني اللذين يعبر تمييزهما
عن بعضهما في أثناء الحياة يشد ويغير نظراً رجعية محسوسة أو مدركة
فتتشكى المريضة بالآلام في الجزء الخاف من الحوض يزداد بالكلية عند
الضغط على الجزء الأسفل من البطن وينضم لذلك ظواهر انضغاط
في الأعضاء الحوضية كالمثانة والمستقيم والأعصاب والصفاير المارة على

حذرا الحوض تبعا لتجار بناوكل من وجود الزحير البولي الشديد يلو فقهه
او عصر التبرز والالام على سير الالعصاب العجزية او القطنية أو الغضدية
وتشعها يتعلق في كل حالة راھنة يجلس الورم والنضج الالتھابی وعند
البحث الطبيعى يوجد في الاحوال التى يكون النضج فيها عظيما اعلى من
الفرع المستعرض للعانة ورم متفاوت في الحجم والبحث من المهبل أو المستقيم
يتضح منه اندفاع الرحم الى الجهة المقابلة واختناقه اختنافا عظيما
والنضج داخل البريتون بملأ المسافة الدوجلاسية عادة ويسهل العثور
عليها والارتشاح اسفل البريتون والخراجات تكون عالية الوضع عادة ومع
ذلك فيمكن العثور عليها غالبا بالاصبع عند الجلس وهذا المرض يمكن أن
يتمتد لجة اسايص فينك المرضي فهو ككة عظيمة بالجى المصاحبة وانفتاح
الخراج اسفل البريتون أو النضج داخل البريتون في المعى أو المثانة يتصف
بصغر فجائى في الورم وبخروج واستفراغ مواد قيحية امامع البراز والبول
وأما افتحاحه في تجويف البطن فيتصف باعراض الالتھاب البريتونى
الثقيل جدا مع الانتهاء المحزن بل وفي الاحوال الجيدة السيرة لا تعود المرضي
الى قواها الايطه عظيم وفي كثير من المرضي الذين شاهدتهم استقرت
الالام العصبية جلة اشهر

* (المعالجة) *

يوصى في معالجة الالتھاب الرحى الحاد الدائرى بالراحة التامة وارسال
العلق على القسم الاوربي والوضعية الجلدية على البطن السفلى والذات
نارهم الزئبقى وايقاف الحركات البدنية للمعى بواسطة الافيون كاذ كرناه
في الالتھاب البريتونى

وأما الالتھاب الرحى الفلغمونى فيوصى فيه كذلك بالراحة التامة
والاستفراغات الدموية الموضعية والضمادات الفاترة والمسحلات اللطيفة
مع استعمال الحقن المزيلة لتعفن الافراز المرضي والطمث وفي الاحوال
الزمنة يحصل من استعمال الحمامات المحمية الفاترة مع اضافة كمية من
المياه الامية والاستعمال من الباطن ليودور البوتاسيوم او يودور الحديد
صاح عظيم ومع هذا ينبغي ملاحظة حالة تغذية المريض وتدريبها الغذائى

وفي الاحوال التي فيها توجد حى شديدة ينبغي استعمال الجواهر المضادة
للمعى كالكيين والديجتالا وأما فتح الحراج فيحصل غالباً من ذاتها ولا يفعل
بالصناعة الا متى توث كد من عدم خطره

(المبحث الرابع في تضاييق الرحم وانسداده)

(المعروف بالورم الدموى أو الورم المائى الرسمى)

الدراجات الخفيفة من تضاييق فوهة الرحم كثير اما نشاهد عند البنات
الشابات المتأخرات في نموهن وهذه التضاييق الخفيفة تكون عائناً ما نعا
للعوق لكنها لا تمنعه بالكلية وزيادة عن ذلك فانها تعوق استغراق السائل
الطمنى قصدت تراكمه في الرحم ترا كما وقتياً واسـتغراقه منه زمناً فزمننا
بواسطة الالتقاطات المأولة جداً (المعبر عنها بالمغص الرسمى) فقد شاهدنا
مراراً أن بعض النساء اللاتي يكنّ يعترين من مغص رضى شديد في أثناء
بكارتهن وفي السنين الاولى من الزواج كنّ يحضن بدون ألم ومشقة بعد اول
وضع وكذلك يحصل بواسطة النفوس العظيمة للرحم وانحنائه الزاوى
تضاييق في تجويف الرحم في المحل المنقوس أو المنهى انحناء زاو يافئنج
عنه كذلك صعوبة في العلق وحصول مغص رضى في أثناء الطمث وعين
هذه النتيجة تحصل ايضاً من تولدات جديدة تضيق من مع تجويف هذا العضو
وقناة عنقه

واما الانسداد التام للرحم فله نادر وقد يحصل من خلقة او ربما كان
ناقباً عن تسطحات أو قروح ادت عند انصافها لالتصاق في فوهة الرحم
ومجلس الانسداد الخلقى الرسمى يكون عادة في الفوهة الظاهرة من الرحم
واما العارضى فمجلسه الفوهة الباطنة من قناة عنقه ثم انه يترأ كم خلف
الجزء المنسد من الرحم دم الحيض مادامت المرأة تحيض فيه فيخرج عن ذلك ورم
رسمى دموى وأما ان حصل الانسداد عقب اليأس واقطاع الحيض فان
افراز الغشاء المخاطى المصاب بحالة نزلية يترأ كم خلف المحل المنسد فيمتدد
تجويف الرحم ويكتسب الافراز حينئذ صفة المواد المصلية (وما ذاك
الا من كون الغشاء المخاطى المتدد عدداً عظيماً بقدر اجروته المفرزة فيكتسب
حينئذ صفة الاغشية المصلية) وهذه الحالة تسمى بالورم المائى الرسمى

أوالاستقاء الرحمي

ففي أحوال الورم الدموي الرحمي الذي يكون متعلقا في الغالب بانسداد
في المهبل لاني الرحم يمكن ان يصل الرحم بقدره الى الحالة التي يكون
عليها في الاشهر الاخيرة من الحمل وكية الدم المسود القطراني المتجمع فيه
يمكن ان تسكون من ثمانية اربطال الى عشرة ووجد الرحم تبعا لملاحظات
اسكسوني ووايت تسكون مسترقة متى وصل القدد لدرجة عظيمة في زمن
قصير وبهيكلة مضخمة متى حصل ببطء واعراض الورم الدموي الرحمي عشرة
المعرفة في الابتداء وفي سن الطفولية يبقى ولا بد انسداد كل من الرحم
والمهبل خفيا وفي اثناء كل فترة أربعة اسابيع يتردد انخس الرحم خصوصا
ياحساس بضغط أو ثقل في الحوض مع علامات الاحتقان الشديد نحو ما في
اعضاء الحوض أو الالتهاب الرحمي الدائري وفي الابتداء تعود المرضي التي
اتضعت عندها تلك الاعراض بعض أيام الى حالتها الصحية الى ان يحصل
تردد فيها بعد أربعة اسابيع آخر لكن فيما بعد لا تسكون مصونة عن
المكابدات في اثناء الفترات فيزداد حجم البطن ويعلو الرحم على الارتفاق
العاني بحيث يمكن ان يصل الى المرة وتصل الآلام في النوب الشهيرة الى
درجة عظيمة جدا فتتحف المرضي وتهلك في حالة نهوكة وانها تهلك عقب
تمزق الرحم وحصول الالتهاب البريتوني ان لم يجد الدم مسلكا لخروجه
وهذا العارض الاخير يحصل خصوصا اذا كان البوقان ممتلئين بالدم
وانسكب متصلهما من الفوهة الوحشية في تجويف البطن ولا يمكن معرفة
الورم الدموي الرحمي مع التأكيذ وتمييزه في الابتداء عن غيره من أشكال
فقد الطمث أو عسر الابواسطة البحث الموضوعي الذي فان توهم من ظهور
منه الرحم الذي يتردد ترددا منتظما كل أربعة اسابيع وعدم خروج
الطمث مع ذلك ومن التردد التدريجي الدوري للبطن حصول ورم رحمي
دموي وجب على الطبيب التفرع في البحث مع الاقدام وعدم التأخر في
ذلك فان كان سبب هذا الورم الرحمي انسداد المهبل شوهد هذا العضو
الاخير مستغيلا الى ورم، تتورط رفة السفلى واحصل الى الفتحة الفرجية
المهبلية واما ان كانت الفوهة الظاهرة من الرحم مسددة وجد الجزء

المهمل لهذا العضو من معي ولا يمكن معرفته بحرف فوهة الرحم ولا العثور بها
 وأما ان كانت الفوهة الباطنة لعنق الرحم منسدة جاز أن يكون الجزء المهمل
 من هذا العضو على طوله الطبيعي وزيادة عن ذلك يكون الرحم ممتددا على
 هيئة ورم عظيم مقروح في بعض الاحوال ومع الجحشا ورم الدموى الرحمى
 جراحية محضنة وهى عبارة عن فتح الكبس الدموى بين زمنى الحيض
 وراجع ذلك الى كتب الجراحة أو الى الكتب الخاصة بامراض النساء
 حيث ان طريقة العملية تختلف باختلاف الاحوال وليست دائما خالية
 عن الخطر

وأما الورم المائى للرحم فمن الواضح انه قد ينشأ عن انسداد عارضى وفي زمن
 يكون قد اتسع فيه الحيض والدرجات الخفيفة من هذا المرض بكثير
 مشاهدتم أو أزيد فتعتمد النوادر العظيمة والعرض الرئيس للورم المائى
 الرحمى هو عظم الرحم الذى يحصل عادة تدريجيا ويستمر أو يحصل فى أحوال
 نادرة بسرعة ويمكن معرفته بواسطة البحث الطبيعى بل وادراكه من
 المرنطى وان كانت جذر الرحم المتمددة مستقرة أحسن بتقوج واضح أحيانا وان
 كانت واقعة فى حالة تضخامة فقدت هذه العلامة المهمة فى تمييز الورم المائى
 للرحم عن جميع باقى أورامه تقريرا ويحصل زمنا قريبا من لا سيما فى اثناء
 الاحتقان فهو لرحم مغص رحمى فان كان انسداد غير تام اندفع بواسطة
 الانقباضات الرحمية السائل المتجمع زمنا قريبا من قابل وقد تندفع أحيانا طبقا
 لمشاهدات اسكسونى فإزات تتكون فى السائل ومعالجة الورم المائى للرحم
 تشغل على اخراج السائل بواسطة عملية جراحية اما بمساعدة المجوس
 لرحمى أو بواسطة توسيع عنق الرحم بواسطة الاسفنج المنضغط أو بالآلة
 البازلة وتنوبع افراز الغشاء المخاطى بواسطة الحقن القابضة مثلا

(المبحث الخامس فى انشاء رحم وتقوسه)

يطلق تقوس الرحم وانحناءه على التغيرات التى تخضع شكل هذا العضو
 لا تغيرات وضعه وعادة يعنى بلفظ انحناء كل تقوس فى محور الرحم سواء كان
 هذا الانحناء على شكل قوس أو زاوية فان اريد تعيين درجة الانحناء ونوعه

بالدقة هي الاول بالتقوس والثاني بالزاوية فان تقوس الرحم بكيفية
 يصير بها تغير التقوس جهة الامام وتحديه جهة الخلف هي ذلك بالانحناء
 المتقدم وان كان قاعه مقوسا جهة الخلف بحيث يقرب من الجدار الخلفي
 من الجزء المهبلي هي ذلك بالانحناء الخلفي ومن القليل الاهمية الانحناء آت
 الجانبية وقد اختلفت الآراء في كيفية حصول انحناء آت الرحم فاعلم
 المؤلفين يزعمون ان اسباب ذلك توجد في نفس العضو المربوض ويرتكز في
 ذلك الى التجارب المأهولة من ان جدار الرحم في محل التقوس يكون على
 الدوام مستترا بوجود هذا العضو في هذا المحل مستتر خياخواءا غير
 ورجوف التغيرات التي تشاهد في هذا المحل ظواهر ناتجة عن الضغمة
 الذي يكاد به جدار الرحم في محل الانحناء وعن انبعاث جوهرة الناقصة عن هذا
 الضغط وذهب الى ان اغلب التقوسات الرمية سيما التقوس المتقدم ناتجة عن
 قصر خلقي او عارض في اربطة الرحم وعن تثبيت الرحم المتعلق بذلك عند
 تمدد المثانة والمستقيم ومن القريب للعقل ان اسباب التقوس ليست واحدة
 على الدوام وانما توجد تارة في الرحم وتارة خارجا عنه

فاما الانحناء الخلفي وهو الشكل الغالب عند النساء اللاتي تذكر وضعهن
 والنادر عند غيرهن فنشأه يكاد يكون على الدوام عقب الوضع او السقوط فانه
 ان تاخر انقباض الرحم عقب طرد مقصوده بقي مقدارا خواسهل سقوط قاع
 هذا العضو واندفاعه بواسطة الاحشاء البطنية وحيث ان معظم كلفة هذا
 العضو تنحى في جداره الخلفي بعد الوضع فلا بد وان يسقط غالباً جهة الخلف
 ولا يستغرب من مشاهدة اختلافات من هذه الحبيثة فانه يسهل حصولها
 باختلاف اوضاع الرحم والاحشاء والمعى الممتلئ الكاثمة ببحوار الرحم وغير
 ذلك من المصادفات ومثل هذا السقوط يمكن زواله بالكلية فيعتدل الانحناء
 الرحم متى انقبض بسرعة فان لم يسرع حصول ذلك صار جوهرة في المحل
 المتقوس انما وباو يصغر بسبب الضغط المستمر عليه او ان قاعه تثبت بواسطة
 التصاقات جديدة تثبتا غير طبيعى وفي كلتا الحالتين يحصل تغير مستمر وهو
 التقوس وذلك كراسنوفى ان الاسباب الغالبة في انقباض الرحم البطيء
 غير التام الذي هو السبب المهم في التقوس الخلفي هي المبادرة بالزواج

والجن المتكرر والسقط والتوليد الصناعي

واما الانحناء المتقدم فاغلب ما يشاهد عند اللاتي لم يضمنن والظاهر ان السبب الغالب في هذا الانحناء عند الشابات هو استرخاء جوهر الرحم بواسطة التهاب القزلي وعند اللاتي يئسن هو الصمور والشيخوخى للرحم في المحل الذى هو مجلس الانحناء آت على الدوام الموازى للقوة الباطنة من الرحم وكون الانحناء المتقدم هو الشكل الغالب من انحناء الرحم عند النساء اللاتي لم يضمنن امر بوجه بسهولة متى علمنا ان الرحم في حالة البكارة يكون في حالة تيسل والانحناء ضعيفين نحو الامام ويظهر لى بدون شك ان استرخاء جدار الرحم وضومر جوهره اللذين يشاهدان فيما بعد ينجمان في هذه الحالة عن الضغط والانياس ايضا

وزيادة من هذه الانحناءات الناشئة عن تغيرات في جوهر الرحم توجد انحناءات اخرى تتعلق ولا بد بقصر في الاربطة الرحمية وثبت ذلك بمشاهدة اوريجوف التي وجدت منها ان في هذا العضو بدون تغيرات جوهرية فيه كما وان انحناءات الرحم يمكن حصولها بواسطة اورام ليفية مجلسها اما الجدار المتقدم او الخلفى من هذا العضو وبواسطة التصاقات او بضغط بعض الاورام عليه وكما قوى تثبت الجزء السفلى من الرحم بواسطة قبوة مهبلية متوترة سهلت تكون الانحناءات وفي الحالة المغايرة لذلك يصح كثير حصول تغيرات اوضاع الرحم بدلا عنها

(الصفات التشريحية)

معرفة انحناء الرحم في الجثة سهلة لان المحل الاكثر ارتفاعا من الرحم لا يتكون من قاعه بل من جزء من جداره المقدم والخلفى وبسهل عادة رفع قاع الرحم المنخفض لكي يسقط عند تركه على محله الاصلى وفي بعض الاحوال تنجم التصاقات الطبقة البريتونية الرحمية بالاجزاء المجاورة لها من رفق قاع هذا العضو يكاد يوجد على الدوام يجوارق قوس الرحم يقول مقدم أو خلفي وان نزع الرحم من الجثة وضبط من حزنه المهبل ورفق الى اعلى سقطها فاعدها الى الامام أو الخلف وار وضع وضعاً فنياً استقام انحناءه عند ما يوجه المحل المنحني الى اعلى لكنه ينحني ثانياً عند قلبه ويحسب

التفوس بوجوده في جميع الاحوال يجوز فوهة الرحم فيكون هنالك تارة انحناء خفيف أو انحناء ذو زاوية منفرجة أو حادة وتكاد فوهة الرحم تكون على الدوام منفصلة قليلا ولو عند الملاق لم يضمن وذلك ينبج عن انجذاب الشفة المقدمة للرحم في أحوال الانحناء الخلفي والشفة الخلفية في أحوال الانحناء المقدمي وأما فوهة الرحم الباطنة فتكون متضايقة أما بسبب نفس الانحناء أو اتساع الغشاء المخاطي وعند النساء المتقدمات في السن يشاهد أحيانا انسداد تام في فوهة الرحم الباطنة وتضايق الفوهة الباطنة من الرحم أو انسدادها يعقبه استسقاء رحي قليل أو عظيم والاضطراب الدوري في محل الانحناء يوجه بسهولة مضاعفات انحناء الرحم التي لا تكاد تنفقد مطلقا بالتميمات زلية في الرحم أو قروح فوهته أو التهابه الجوهري

* (الاعراض والسير) *

الاعراض الملازمة لانحناء الرحم تتعلق بعسر انقذاف مقصده ولذا يشاهد عند النساء ذوات الحيض اعراض عسر طمث شديدة ودم الحيض الذي يصحب خروجه في مثل هذه الاحوال مغمض رحي شديد يكون مختلطاً بجلط دموية منعقدة في باطن الرحم وكذا تشاهد عوارض المغص عدهن أيضاً غير زمن الحيض بسبب عسر خروج المواد المخاطية والمصلية ويجزها خلف الجزء الخفني من الرحم وينضم لذلك في كثير من الاحوال اعراض التزلان الرجسية التي ذكرناها في الفصل السابق أعني السيلان الرحي الأبيض والتزيف الغزير مدة الطمث وعسر استفراغ المستقيم المعصوب برزخير مؤلم بولي وعلامات الانيميا واضطراب التغذية العامة وبالجملة يكون مصحوباً بالاضطرابات العصبية العامة التي ذكرناها تشاهد بكثرة في النساء المصابات بانحناء الرحم وقد لا توجد فيهن الاعراض التي سبق ذكرها أو انها تزول بعد ان كافت موجودة ولو كان انحناء الرحم لم يزل باقيا ومن الاعراض الكثيرة الملازمة لانحناء الرحم وتقوساته عدم الحمل (أي العقر) لكنه ليس على الدوام وهذه الادلة تثبت لنا ان الاعراض التي ذكرناها لا تكون نتيجة انحناء الرحم بل تعد من نتائج التغيرات الرجسية الأخرى التي تضاعف هذا المرض على الدوام وفي الحقيقة كثرة مضاعفة هذا

المرض للتغيرات المذكورة عظيمة جدا بحيث يعد عدم وجودها فيه من الاستثناءات وهذا ناشئ من كون الاسباب التي تحدث انحناء الرحم وتقوسه تحدث ايضا التهابات رحمية مختلفة الشكل ومن جهة اخرى يكون ناشئ من كون الاضطرابات الدورية في محل الانحناء تعقب باحتقار ونضج في جوهر الرحم وفي الغشاء المخاطي لهذا العضو ومدته من انحناء الرحم وتقوساته طويلة جدا ومن النادر شفاء هذا المرض من ذاته شفاء تاما فان الانحناء الرحي لا يمكن زواله الا متى تكون في المحل المنضبط الضامر من جوهر الرحم جوهر جديد وبعد سن اليأس أى في السيدات فيما يزول الاحتقار القسوي لوجي الدوري نحو الرحم يحصل ولا بد لتلطيف في جميع الظواهر المرضية وكذا عند النساء المتقدمات في السن يحصل متى ضمور الرحم وزال جزء من أوعيته تحسّن في الحالة العامة

وبالبحث الطبيعي يحس الاصبع عند الجس بقول الجزء المهبل من الرحم نحو الامام والخلف على حسب نوع الانحناء وكذا توجد قهقهة الرحم ولوعند اللاتي لم يضعن منقحة انما حافيا بحيث يمكن ادخال طرف الاصبع بسهولة وكذا يحس بواسطة الاصبع ايضا فيما يحس الرحم وقاعه اما امام الجزء المهبل للرحم او خلفه ويكون في قهقهة المهبل اذ ذلك مكونا للورم مستدير صلب سهل الحركة وفي الغالب يمكن العثور على محل الانحناء ولذا يكون الجزء المقابل لهذا الورم من قهقهة المهبل مارغا بمتنع من وقوع الخطأ واختلاط انحناء الرحم وتقوسه بعظم حجمه باى مرض واما ادخال الجس الرحي فهو وان كان في الواقع يسهل على حقيقة التفتيش الا ان هذه العملية عسرة جدا خصوصا في أحوال انحناء الرحم وتقوسه ولذا لا يفصل هذه العملية الا من كان ممارسا مع غاية الاحتراس ومع ذلك فهي آفة خطيرة ولومع من ذكر ولا تستعمل الا نادرا

* (المعالجة) *

في معالجة انحناءات الرحم لا يثمر التعديل الوقتي لجسم الرحم المهنى بواسطة الجس فان شئ كل الانحناء يصير كالطبيعي لهذا العضو بواسطة المؤثرات العامة زمانا طويلا ولذا يعود لوضعه الطبيعي بعد تباعد الجس

حالا واما تفريج المعالجة بواسطة اجهزه التعديل والفرز في باطن الرحم
 وبحود ذلك فنحن نرى الاطباء المستغلين باسراض النساء من بعضهم
 يقولون ان جميع هذه الآلات غير ناجح في صك الاحوال بل خطر وبعضهم
 يقولون ان استعمالها مبالغ وغير حطر في الاحوال التي هي الابوجه. الثاب ولا
 التناقض وعلى كل فغيرية المعالجة بهذه الآلات لا يجوز الا من يدب يد معقون
 في هذا الفن وعلى العموم يندر شفاء الانحناآت الرجعية لكن لا يذكر مع
 ذلك ان الحفزين منها والحدث قد يشفي من ذاته متى زالت الاسباب
 الحافظة له بسرعة مثل انجذاب الرحم الى الحلق بواسطة التهاب الرحم
 الدائري وازدياد ضغط عضلات البطن بواسطة السعال وضغط احد
 الاورام وزيادة عن ذلك فقد يزول انحناء الرحم المقسم بالجل وفي الانحناء
 الحلقى للرحم كثير اما استعمال الفرزج المهبلي لاسيما الفرزج الراجع للعلم
 هو ج سواء البسيط او المزودج النفوس فان هذا الفرزج وان لم رفع الرحم
 بحركة شبيهة بحركة الرافعة الا انه يحسن وضع هذا العضو بكيفية بحيث
 ينقص مكابدات المريضة وذلك بكون الركاب والقوس الاعلى لهذا الفرزج
 يحفظ بقوة المهبيل الحلقية في نور فينجذب عنق الرحم الى الحلق واما في
 النفوس المقدم للرحم فلا تنجز الفرزج في تحسسين وضع الرحم ولا تنقص
 مكابدات المريضة ومتى ظن ان الانيميا العامة ووضف التغذية واسترخاء
 المنسوجات هو السبب المهم في نفوس الرحم وجب استعمال معالجة مقوية
 بواسطة المركبات الحديدية والكيدية والحامات الباردة والبحرية وتحسين
 التغذية العامة اذ بان استعمال ذلك في ابتدا الامر يمكن منع تقدم هذا المرض
 ولتعترف بانه يندر انزال الانحناء الرحم المتقدم جدا من الممكن احداث
 راحة في حالة المرض بمقاومة المضاعفات بلا واسطة لاسيما التهاب الرحم
 المزمن الذي هو ينبوع مشاق المرض ومكابداتهم كما تقدم في مجتهه ولازاله
 المنص الطمئي الشديد المسؤول الساتج عن حجز الدم خلف الجسر المنحني
 المنضايق يستعمل بعض الاطباء المختصين باسراض النساء توسيع عنق
 الرحم توسيعا مكنيا بواسطة المجسات أو الاسفنج المجهز بالضغط على
 هبة أو قلام أو قلام اللامبتار بالكن طبعا التجارب من يفضل توسيع عنق

الرحم بالشق عوض عما ذكر وذلك من حيثية التجاح وقلة الخطر وبفعل شق
عنق الرحم بواسطة المترتوم أى الآلة القاطعة للرحم المستعملة بكثرة فى
وقتنا هذا

(المبحث السادس فى تغيرات اوضاع الرحم)

حيث كان الرحم عضوا سهل الحركة فواضعه تتغير فى اتجاهات مختلفة
وأهم تغيرات وضعه هى ميله أو انقلابه نحو الامام أو الخلف وسقوطه
فاما ميله المقدم فاكثرا ما يشاهد عند النساء ذوات الحوض المائل كثيرا
الى الامام وكذا قد يحصل من تجمع سائل فى تجويف البريتون أو أورام أخر
فى البطن تضغط على هذا العضو من أعلى فتبيله جهة الامام حيث ان هذا
العضو له ميل عظيم لان يأخذ هذا الاتجاه وكثيرا ما يسقط الى الامام ايضا
بثقله الخاص ولذا نكاد توجد دائما درجات خفيفة من الميل المقدم للرحم
عند وجود التهابات جوهرية أو تولدات جديدة فى قاع الرحم ودر أن يصل
الميل المقدم للرحم الى درجة عظيمة فان المثلثة عند تمددها كل مرة تترده الى
محله الطبيعى ما لم توجد موانع لذلك ولذا تكون اعراض هذا المرض عادة
غير واضحة وانما فى الاحوال التى فيها يكون هذا العضو مترابدا الى الخلف أو
مصابا بتغيرات مرضية أخرى أو حصل فيه انتفاخ مدة لبعض تشاؤ ولا بد من
انضغاط الاعضاء الحوضية وتوتر اربعة دو جلاس آلام قطنية شديدة وضغط
فى تجويف الحويض وتعرض فى البول وزحير متكرر ومكابدات شديدة عند
التبرز وفى مثل هذه الاحوال يوجد عند البحث من الباطن الجزء المهبلى
من الرحم متجه الى الخلف نحو التقعر العجزى وعند توجيه الاصبع من
الجزء المهبلى الرسمى الى الامام يحس بحجم الرحم وقاعه الذى يكون اذا ذلك
موضوعا فى الجزء المقدم من قبوة المهبلى

واما الميل الخلفى فيتملىق باحوال مماثلة للاحوال التى ينتج عنها الميل المقدم
فان الضغط الواقع على هذا العضو من الامام الى الخلف والتصاقات
سطحه الخلفى المتوتر ووجود تولدات مرضية جديدة فى جداره الخلفى
تحدث سقوط قاع هذا العضو فى مسافة دو جلاس وصعود جزئه المهبلى نحو
الارتفاق العالى والميل الخلفى للرحم الذى يحصل عادة فى اشهر الحمل
الابتدائية ويظهر قائما بنفسه عقب الوضع حالا من مهم جدا واما

الميل الخلفي الذي يحصل في غير زمن الحمل والنفاس فهو ظاهرة قلبية
الاهمية تابعة لامراض اخر للرحم أو لبقية اعضاء الحوض ثم ان اعراض
الميل أو الانقلاب الخلفي تشابه اعراض الانقلاب المتقدم للرحم وتنتج ايضا
عن الضغط الواقع على اعضاء الحوض سيما المثانة والمستقيم من الرحم
الموضوع وضعها انقبيا

واما سقوط الرحم فيكون ناتجا بالخصوص من استرخاء في الجهاز الحافظ
لهذا العضو وفي وضعه الطبيعي اعني أربطته والصفات الحوضية والمهبل
ومتي أثر ذلك ضغط شديد على الرحم من أعلى الى أسفل اندفع الى أسفل
وانقلبت قبوة المهبل وسقط الى أسفل فينشأ ما يسمى بسقوط الرحم
ومتي خرج الرحم من الفرج سمي هذا المرض بمرور الرحم أو خروجه وعلى
حسب كون بروزه تاما أو غير تام يكون الخروج تاما وغير تام ايضا وأكثر
ما يحصل استرخاء جميع الجهاز المثبت للرحم في موضعه مدة النفاس
واما الضغط الذي يدفع الرحم الى أسفل بكثرة فيكون آتيا من جهة
العضلات البطنية العاصرة والنساء المعرضات لاصابة بسقوط الرحم
أو خروجه بكثرة من الفقراء اللاتي ليس لهن مقدرة على صون انفسهن بعد
الوضع حالابل يشغلن بالاشغال الشاقة بعد الولادة بأيام قليلة فيضغط
العضلات البطنية يسقط الرحم الى أسفل أو يخرج وكما ان كل سقوط
في الرحم لا بد وان يؤدي لانقلاب المهبل فكذلك يحصل عكس ذلك
بمعنى ان سقوط المهبل قد يكون سببا في سقوط الرحم وخروجه فحتى
حصل انشقاق عظيم في البطن مدة الوضع او عقب مؤثرات أخرى سقط الجزء
السفلي من المهبل جذب الجزء العلوي منه الرحم وبذلك ينتج اما استطالة
في الجزء المهبل من الرحم او سقوطه ومن النادر جدا مشاهدة سقوط الرحم
عند النساء اللاتي لم يلدن وحينئذ اما ان توجد أحوال مماثلة لتي تحصل
عقب الوضع أي استرخاء الجهاز الحافظ للرحم بأي سبب كان او ان استرخاء
المهبل يكون ناتجا عن تكرار السيلانات المهبليسة او عن افراط الجماع
وان بسقوط الرحم يكون ناتجا عن اورام قبيحة في الحوض ضاغطة على
الرحم من أعلى الى أسفل وهي حصل سقوط الرحم فجأة كما يشاهد ذلك

أحيانا عند رفع ائعمال عظيمة او عند وجود سعال أو زحير شديد قد حصل آلام
 شديدة في البطن من ثوز الأربطة الرخبة واضطرابات بنية عجمية واغشاء
 وخشيان ونحو ذلك واما اذا حصل سقوط الرحم أو خروجه بالندر فيج فلا توجد
 في الابتداء الامكادات قليلة وهي احساس غدير واضح بثقل نحو الاسفل
 وآلام توترية في البطن السفلى والقطن لكن كلما ازداد سقوط الرحم
 ازدادت المشاق المذكورة ايضا وتأخذ في الازدياد عند الوقوف أو المشي
 أو السعال وتتناقص عند اضطجاع المرضى والوضع الأفقي وتصلح هذه
 الاعراض بمكادات وآلام عند التبول والتغوط وامساك ومغص واهراض
 أخرى تتعلق بتغير وضع أعضاء البطن السفلى وضغطها وتوترها ومتى خرج
 الرحم من فوهة الفرج كون في الابتداء ورماس تدبر أو يضربا ويأخذه كجم
 الجوزة وهذا الورم يكون سهل الارتداد وعمما قليل يزداد خروج الرحم
 ويكون مصحوبا بالمهبل وحيث يثقل حجم الورم كثيرا ويعسررده ويكون
 يجيني الألم لكن عند الضغط عليه بشدة يمس فيه بجسم صلب واذا انجذب
 مع الجدار المقدم للمهبل فاع الرحم والجدار الخلفي من المثانة وخرجت من
 فتحة الفرج وتكون ما يقال له بالقيلة المثانية شوهة في الجزء المقدم من
 الورم الساقط ورم متوتر أملس متوج أحيانا يعظم حجمه وتتناقص مرارا
 مدة النهار بل ويمكن الوصول الى باطنه بواسطة قساطير مجرية تدخل في
 فوهة قناة مجرى البول واذا أدخل الاصبع في المستقيم شوهد انه منجذب
 الى الامام شبه قاع كيس وفوهة الرحم تكون منفقعة لان جزء المهبل يكون
 منقلبا الى الخارج وتكون محجرة ومغطاة بمواد مخاطية زجاجية واما المهبل
 الساقط فيكون جافا جلد القوام مخينا ومغطى بطبقة بشرية وصغيرة
 ما يحدث احسناك الملابس ونهيج البول تسلسا بل وتقرحات غائرة في الورم
 المذكور

المعالجة سقوط الرحم وخروجه وان كان من النادر أن يهدد الحياة الا انه
 يكون عيامة بالغاية يندر شفاؤه شفاء تاما وفي الاحوال الحديثة يمكن
 الاجتهاد بحفظ وضع المريضة مستقيمة على الظهر جلة أما بيع وتكرار
 استفرغ المثانة والمستقيم والمقن القابضة أو الباردة والتشليل البارد

والاستعمال الباطني للجواهر القوية في ارجاع قوة الاتقياض الطبيعية
للسوجات المسترخية اولى منع ازدياد حجم هذا العضو والتهاب طبقة
للقواعد العسلاجية التي ذكرت في التهاب الرجي الجوهرى المزمن لكن
العقادة ان الصناعة الطبيعية تكفي باستعمال جهاز ساند للرحم اذ بذلك
تتلطف مكابدات المرضى الناشئة عن تورار بطة الرحم الحاقط الى اسفل
ومنع ازدياد سقوط هذا العضو وهذه الناية يمكن انالتهابا انقام بواسطة
العرازج المستديرة (وهي الحاققات الذهبية المرنه للعلم ميير) التي يكون
عظمها من اسباب بحيث انه عند ادخالها في المهبل لا تورر تورر اذ اولاً لا يهيج
ولا تتزلق منه الى الخارج لذكر متى كانت الفتحة المهبلية الفرجية ممتدة
مسترخية بحيث لا تعجز الفرازج المستديرة الاعتيادية يمكن استعمال
فرازج ذات قوائم تكون نقطة ارتكازها في الخارج على البدع وشرح
تلك الاجهزة والعمليات المختلفة التي بها يمكن شفاء سقوط الرحم شفاء
تاماً من خصوصيات الجراحة

(المبحث السابع في التولدات المرضية الجديدة للرحم)

الشكل الكثير الحصول في الرحم من هذه التولدات هو الورم الليفي و يسميه
بعض الاطباء بالورم الليفي العظلي فانه يحتوي على الياف خلوية وعظمية
معاً وهذه الاورام تتكون عند النساء بدون اسباب واضحة خصوصاً من سن
٣٠ الى ٥٠ وعظمها وهددها يختلفان اختلافا عظيماً فمنها ما هو
صغير الحجم ومنها عظيمه جداً بحيث يبلغ وزنه عشرين رطلاً او ثلاثين وتارة
يوجد ورم واحد وتارة توجد اورام متعددة والغالب ان يكون شكلها
مستدير الا ان العظم منها يكون شكله غير منتظم حديبي وعند شقها
يظهر لون ابيض او احمر باهت به يعرف تركيبها الليفي واتجاه اليافها
الدائري المنتظم وغير المنتظم وقوام الاورام الليفية يكون عادة كقوام
الغضاريف الليفية ويندر ان يكون رخواً ليناً وتحتوي في باطنها على
تجويف غشائي بمادة صلبة ومجلى هذه التولدات الجديدة تكاد ان يكون
على الدوام في قاع الرحم او في جداره وتكون هذه الاورام متولدة في
منسوج الرحم ومحاطة بطبقة من منسوج خلوي رخو وتارة اخرى تكون مشتقة

به بواسطة عنق او بجملعة عنيقان وفي الحالة الاولى تغير على حسب كونها في
وسط جدر الرحم او قريبة من غشائه المصلي او المخاطي الى اورام ليفية خلالية
او تحت غشاء مصلي او تحت غشاء مخاطي وفي الحالة الثانية أي التي فيها
تكون الاورام الليفية مثبتة بباطن الرحم بعنق او بجملعة عنيقان تسمى
بالبوليبوس اللبني وهذه الاورام الليفية قد تزيد احيانا وبقف نموها في
احوال اخر وقد يلتهم المنسوج الخلوي المحيط بها واذا تكوّن صديفي هذه
الحالة الاخيرة تنفصل هذه الاورام وتنقذ وفي جميع هذه الاشكال
ما عدا الورم اللبني تحت الغشاء المصلي يحصل في جوهر الرحم تضامة
وكثيرا ما تؤدي هذه الاورام أيضا الى تغير أوضاع الرحم والمخاض

واعراض هذه التولدات تكون في الابتداء غير واضحة فان اضطرابات
الحيض وعلامات التهاب الرحم الترتلي المزمن كما تصحب تولدات الرحم
الليفية تصحب غيرها من امراض هذا العضو ولكن لا يصطبح بالترقية
مسفرة وآلام شديدة الا القليل منها كما يشاهد ذلك في الاورام الليفية
ولذا متى اشتكت المرأة تردد الحيض كل أربعة عشر يوما وانه كثير ما يستمر
هذه المدة وانها تفقد كمية عظيمة من الدم في كل مرة مصحوبة بآلام شديدة
شبيهة بآلام الطلق غلب على الظن ان هناك ورم ليفي في الرحم وكلما كان
التزيف غزيرا غلب على الظن ان هناك بوليبوسا عظيما في الرحم وكلما
كانت الآلام أكثر شدة غلب على الظن ان مجلس الورم اللبني منسوج
الرحم وينضم لهذه الاعراض ظواهر مرضية ناتجة عن انضغاط الاعضاء
المجاورة كتهسر البول والامساك والزحير وظهور الاورام الباسورية
والاوذيميا في الاطراف السفلى والاحساس بالمل او خدر فيها لكن الذي
يدلنا على حقيقة التضخم هو البحث الطبيعى اذ به يكثر في الغالب (سيما
متى عظم حجم الاورام الليفية للرحم) معرفة ازيد حجم هذا العضو وما كنه
وعدم انتظام شكله وفي الاورام الليفية للرحم السكائنة تحت الغشاء المصلي
يحصى على العانة بورم صلب مستدير تابع لجميع حركات الرحم واماني الاورام
الليفية التي تتحرك وهذا العضو او تبرز في باطنه فيكون شكله أقل
انتظاما مما تقدم والجزء المهبل من الرحم ياخذ في القصر شيئا فشيئا

ثم يختفي بالكيفية بحيث يمكن عند البحث الدقيق الوقوع في الخطأ والظن بوجود حمل وفيما بعد تنفتح فوهة الرحم فيدخل الاصبع ويحس بالورم اللينى والذى يعمر علينا في مثل هذه الاحوال هو الحكم بان كان الورم مثبتا بقاعدة متسعة او ذاعنيق لكن كلما كان حصول قصر الجزء المهبل من الرحم بسرعة مع عظم الرحم عظما مناسبا وكان انفتاح فوهته بسرعة ايضا غلب على الظن ان هناك بوليپوسا ذاعنيق ومعرفة ذلك من الامور المهمة فان عاقبة هذا البوليبوس جيدة اذ في بعض الاحوال يمكن استئصاله بالعمليات الجراحية واستئصال هذه الاورام من العمليات الجراحية الجيدة العاقبة ذات النجاح الواضح فان هنالك نساء يحصل لهن نفاقة عظيمة جدا من ازدياد فقد الدم بحيث يسكن على يأس عظيم من الحياة ثم تعود لهن صحتن بسرعة عقب هذه العملية في أشهر قليلة * (تنبيه) * حضرت لدينا امرأة من الوجه البحرى بمصر طولة القامة جدا فامية الاعضاء تامتها جيدة الصحة تكاد هذه المرأة من اعتدال قوامها وانتظام جسمها ونحوه يضر بها المثل فاول ما وقع بهى عليها اتضخ على عدم التناسب بين ما يقضيها هذا التركيب القويم ولونها المنتقع المصفر الباهت مع عدم استطاعتها للجلوس تقر يسالما يعترها من الاغناء والدوار حينئذ وبالاستفهام عن حالتها اتضح لى غزارة التزيف الرحمى بحيث انه في ابتداء المرض الذى له نحو الستين يوما بانبهارها كان يظن ان حوضها كثير التردد والغزارة لكن فيما بعد ازداد تدكوره واشتدت غزارته حتى ادى الى ما ذكرناه من هيشتها وحيث قوى الظن عندي بوجود ورم ابنى في الرحم شرعت في البحث عنها بالجلوس والمنظار طبقا للاصول الطبية ولرغبة احداخوانى الاطباء وهوالذى ارسلها الى لاجل تشخيصها او معالجتها فندما دخلت الاصبع فى المهبل عثرت على ورم صلب كرى الشكل منتظمه فيمن دفع الاصبع بينه وبين جدار المهبل دفعا عيقا أحس بحاقة فوهة الرحم واحاطتها فان الورم يبروزه من باطن الرحم ثم حدث فوهته تمددا عظيما فكنت احس بحوافها حول الجزء الضيق من هذا الورم الشبيه بعنق غليظ له وعند وضع المنظار وقع شعبه

امكن مشاهدتي هذا الورم مشاهدة تامة والتأكيده من انه تولد جديد بارز من
تجويف الرحم لكن لعظم حجمه وملئه لتجويف المهبل وهوثة الرحم ملثا يكاد
يكون تاما لم يمكن التأكد بالدقة ان كان آتيا من قاع الرحم او من أحد جدرانه
أو باطن عنقه إلا أن عدم التأكد من تغير أوضاع هذا العضو قوى الظن
بانه ناشئ أماما من أحد جدرانه الخلفي أو المقدم بقرب فوهة عنق الرحم
الياطنة أو من فتاة عنقه وعلى هذا صار تمخيص المر يرضه بانها عصابة
بورم ليمقي بوليبوسى فى الرحم بالنسبة لصلابته الغضروفية وهيبته البيضاء
الوردية اللساعة وغزارة التزيف الآتى منه وكثرة تكرره وان هذه المر يرضه
لا ينفعها سوى المعالجة الجراحية باستئصال الورم من محل تشبته
وكان الشروع فى ذلك فى أربعة اكتوبر سنة ١٨٧٦ والعمليّة التي
صار اجراؤها فى هذه الحالة مع غاية النجاح هى ٤ عملية الاستئصال بواسطة
الهارسة السلسلية المعروفة بالآلة الهارسة للعلم شاسنيك ولم يحصل فى
أثناء العملية ولا بعدها دنى عرض ولا نزيف عظيم سوى ان سلسلة الآلة
الهارسة قد انقطعت فى أثناء العمل بها واقتضى الحال باستعاضتها بآلة
أخرى واجراء العملية كان بالطريقة الاعتيادية المعلومة فى كتب
الجراحة اعنى يجذب الورم جذبا قويا بواسطة الجفت ذى الكلايب للمعلم
موزوم احاطته بسلسلة الآلة الهارسة واجراء الهرس بها شيئا شيئا واعقب
العملية بالنجاح التام حتى عادت المر يرضه لتسام صحتها وقوتها كما كانت عليه
وبالبحث بالمنظار عن الرحم بعد اجراء هذه العملية بأسبوع تقرر بيسالم يظهر
فيه دنى تغير ولا تقرح وبالبحث عن منسوج الورم بالميكروسكوب بعد
استئصاله وجدت فيه الياف عضلية بكثرة خلاف الليفية وحينئذ فحققة
الورم انه كان ليفيا عضليا وهو المسمى بالميوم الليفي الرسمى وكان وزنه نحو
رطلين

وأما باقى اشكال هذا الورم فتكون أكثر خطرا كلما كان التزيف أكثر شدة فان
كثيرا من المرضى يهلك عقب هذا المرض فى حالة نهوكة أو استسقاء وبعضهم
يهلك من حصول الالتصاق بالبريتونى أو عقب اختناق بعض الاحشاء
البطنية الناتج عن ضغط الورم الليفي والجل الذى يحصل أحيانا ولو مع وجود

هذا الورم والولادة والنفاس تكون مضمومة بالخطر لكن لا حاجة لاطالة الكلام على ذلك هنا

وأما البوليبوس المخاطي فنشأه من قووض غشامة الغشاء المخاطي لهذا العضو وتارة يكون المنسوج الخلوي هو الماسطن في هذا البوليبوس وتارة يتسلطن فيه المنسوج الوعائي واخرى يكون ناتجة فقط عن تمدد في الاجزىة المخاطية وعلى حسب ذلك يتقسم هذا البوليبوس الى خلوي ليفي وخلوي وعائي وحو بصلي والبوليبوس المخاطي يسد راس يزدحمه عن الجوزة وتارة يكون كرى الشكل واخرى كثر ياوذا عنيق نخين ويجلسه عادة بقرب عنق الرحم ثم يظهر في فوهته ويبرز منها فيما بعد الى الخارج وهذا الشكل بانواعه ينتج عنه ايضا سيلانات رحيمة وانزفة غزيرة وفي الغالب يبقى يتبوع هذه الظواهر غير واضحة الى ان يتحقق بالبحث الطبيعى

المعالجة متى اراد الطبيب ارتكانا منه على بعض التجارب الجيدة الشروع في معالجة دوائية يراد منها تحلل الاورام الليفية او بالاكل تصغير حجمها وانكماشها غلابدون يكون مشروعه هذا محموبا بقليل من العشم في النجاح فانه يظهر ان كلامنا استعمال الباطنى ليودور البوتاسيوم او پرومور البوتاسيوم الذى اوصى به هس ابتداء وكاورور الكسيوم الذى اوصى به رجبى والزرنج والفوسفور اللذين اوصى بهما حينئذ قايمة التأثير والنجاح جدا واما استعمال الحمامات الحمية ولا سيما مياه كريت زناخ ومونسبير ويناسيم آدل هيت ونحوها من المياه المحتوية على اليود والبروم فله تأثير مساعد في الامتصاص في بعض الاحوال بمعنى انها تفسد صغراى حجم الورم وقد ذكر هلد برندان باستعمال الحقن تحت الجلد بالاجوتين بقصد مقاومة الانزفة الرحيمة التى تصاحب هذه الاورام لم يتحصل فقط على ابقاى الانزفة وزوالها بل كذلك على تصغير حجم هذه التولدات الجديدة وزوالها ومع ذلك فتحتاج هذه الطريقة لمعتبر من المثبوت الى وقتنا هذا ولومع وجود مشاهدات تعضد جودة الحقن تحت الجلد ثم ان بعض الاورام الليفية يجوز ازالتها بواسطة عملية جراحية فقد ازيلت أورام بوليوسية ليست قط تحت خلوية بل خلائية بواسطة التزع من المهبل ولو ان العملية

فيماليسفخالية عن الخطر بل وبعض هذه الاورام لسرعة غزوه وتهديده
للحياة عمارا استئصاله امامع الرحم أو على حدته والاورام الليقية العضلية
تحت خلوية ذات العنيق هي التي يكون اجراء العملية فيها جسد العانة
قترى انه بواسطة ازالة مثل هذه البوليبيوسات بواسطة العملية الجراحية
القليلة الخطر (كالحالة التي ذكرناها) ان النساء اللاتي يكن
يهلكن من غزارة التزيف واسفراره بعدن الى العحة التامة في قليل من
الاشهر ويكتسبن هيئتهن الزاهية وكثيرا ما يكون الطيب في بعض أحوال
من الاورام الليقية العضلية للرحم مضطرا للامتناع عن اجراء طريقة
علاجية شفاية تامة وحينئذ فيجتمد في منع غم الاورام وارتقاء المسكبات
الناجمة عنها بواسطة الايصاء بالمعيشة الجيدة مع الراحة بدون مشاق جسيمة
وانفعالات نفسية والتخدير من تكرار الجماع وارسال العلق زمنا فزمننا
بكمية قليلة على الجزء المهبل الى من الرحم وشرب بعض المياه المعدنية في
أثناء الصيف والاستحمام بها وأما مقاومة الانزفة المنهكة فخيلاء على
معالجة التزيف الرحمي

وأما سرطان الرحم فتشاهدته في الرحم أكثر من غيره من الاعضاء الباطنة
الأخرى وفي الغالب يكون هذا السرطان ذا منسوج فخاوي ويندر أن يكون
اسكيريا او هلاميا وابتداء الاستئصال السرطانية التي تحصل عادة على هيئة
ارتشاح منتشر يكون في الجزء المهبل من الرحم ابتداء وينسدر ان يمتد الى
قاعدته لكن في الغالب يمتد جهة الامام فيصيب المثانة اوجهة الخلف
فيصيب المستقيم بحيث ينشأ عن تفرح الرحم تمثكات عظيمة واستطرافات
جديدة بين الرحم والمثانة أو بين الرحم والمستقيم وكثيرا ما تمتد الاستئصال
المرضية الى العقد الليفية قاروة المجاورة والاعراض التي بها تعرف السرطانات
الرحمية هي الآلام القطنية في النصف السفلي والخاصرتين وهذه الآلام
تكون في الابتداء قليلة ثم تتزايد فيما بعد تتزايد عظميا جدا بحيث تلجج
المرضى لتعاطي مقدار عظيم من الافيون لاجل تسكين هذه الآلام ومنها
التزيف الرحمي الذي يحصل ابتداء مدة الحيض ثم يبقى مستمرا بعده زمنا
طويلا ومنها السيلانات الرحمية المهبلية المخاطية التي تصير فيها بعد مائة

حريفة كريمة الرائحة جذوا فابحث بالاصبع في ابتداء هذا المرض من احس
 بوزم غير منتظم حديبي صلب جدا الى الجزء المهبل من الرحم ثم فيما بعد
 يحس بقرحة سرطانة مشرزمة قعية الشكل ذات حواف منقلبية سهلة
 الادماء عند اللمس لكن غير حساسة ويحصل الموت في هذا المرض عقب
 ظهور اعراض النوبة العظيمة وكثيرا ما تتكون سد ذاتية في باطن
 الاوردة اللمفية بل قد تحصل ثقبات في تجويف البطن أو عوارض مفعمة
 أخرى تصرع في الهلاك

وأما التولدات الفطرية للرحم المعروفة بالتولدات الحليمية أو الشبيمية بزهر
 القرنبيط فيعني بها أورام حليمية تتكون على فوهة الرحم تتضاعف عادة
 عند استقرارها زمانا طويلا بالسرطان البشري وهذه الاورام الحليمية تنشأ عن
 ضخامة عظيمة في حلمات الفوهة الرحمية فتظهر اجداء على شكل أورام
 حليمية أو درنية ثم فيما بعد أي عندما تنوع هذه الحلمات بمحمل منتشر ذي
 فروع تاتظهر هذه الاورام على هيئة تولدات شبيمية بزهر القرنبيط وكل من
 الحلمات والحمل يتكون من لفائف وعائية ممددة مغطاة بطبقة بشرية
 رقيقة ولا تحتوي الا على قليل من النسج الخلوي ثم فيما بعد تظهر في قاعدة
 هذه الاورام بين الطبقة العضلية والخلوية للجزء المهبل للرحم كهوف صغيرة
 أي تجاويف تحتلية بمادة السرطان البشري وتؤدي عند تقدم سيرها لتفتك
 عظيمة ثم ان هذه الاورام الشبيمية بزهر القرنبيط التي تظهر بعد الموت أو
 عقب استئصالها باهتة مبيضة تكون مدة الحياة ذات لون أحمر فاني وتدمى
 بسهولة عظيمة وينفرض منها سائل غزير شبيه بغسالة اللحم يكسب رائحة
 كريهة ثم ان هذه الاورام سهل اشتباها بالسرطان بسبب هيئة تركيبها
 وباصطحابها بالام شديدة في القطن والخاصرتين وبسبب نوبة المرضي
 ووقوعها الى حالة انجساع عقب الفقد العظيم للأفرازات المرضية والازرق
 وكثيرا ما يسفر هذا الاشتباه الى الممات الذي يطارأ عند أغلب المرضي عقب
 حصول النوبة التي تحصل في هذا المرض أيضا ولأنها تتأخر زيادة
 عما في السرطان ثم ان المبادزة باستئصال هذه الاورام قد تعقب في بعض
 الاحوال بشفاة تام

في المعالجة معالجة السرطانات الرجعية المهم فيها هي العملية الجراحية وفي الحقيقة ولو ثبت بالتجارب انه لا يقصم على شغاء تام بها الا في احوال استثنائية فهي التي يمكن بها فقط نجاة المرضى أو اقل ما هناك تحسين حالتهم وقتيا وما يتأسف عليه كون الارتشاح السرطاني وقت وصوله لمعلومية الاطباء ومعالجتهم له بالصناعة يكون قد امتد الى قبوة المهبل أو من العنق الى أعلى بحيث لا يتيسر استئصال الجزء المهبلي الرجعي من جوهر هذا العضو الذي لم يزل سليما مع ذلك ففي مثل هذه الاحوال المشكوك في قيم المزل العملية الجراحية هي الامل الوحيد لا متداد الحياة وهذه العملية تفعل بكيفية بها يتأكد استئصال الجزء المهبلي من الرحم بواسطة المقص أو بالشرط (أو بواسطة المعلقة الحادة للألم صيون ان لم يمكن الوصول بسهولة الى الجزء المريض) ثم يكوى سطح الجرح ولا بد كياقويا بواسطة الحديد المحمي أو بمحاول البرومورال الكولي كما اوصى به روت وغيره وذلك لمنع بقاء أجزاء سرطانية مخفية وعدم نجاح العملية

وأما المعالجة العرضية فأهمها مقاومة الآلام بواسطة المراكبات الافيونية اما بالحقن الصغيرة المضاف اليها قليل من خلاصة الافيون أو صبغته واما بالحقن بالمورفين تحت الجلد وهو الاجود ولاجل مضاربة السيلائن الغزير تستعمل الحقن المنظفة القابضة وان كان السيلائن ذا خواص مسديدة متنتنة أضيق اليها نقط من حمض الكربوليك أو فوق مقياسات البوتاسا أو كلورور الجير والازرق المتهكة يصير مقاومتها بواسطة الحقن بالماء البارد أو الجليد أو محلول فوق كلورور الحديد المخفف وقديقتضى الحال لو وضع كرات من القطن أو الاسفنج مبتلة بمحلول فوق كلورور الحديد غير المخفف وعند عدم النوم يجوز استعمال الكلورال الادراتي

(البحث الثامن في اضطرابات الحيض)

اضطرابات الحيض ليست في الحقيقة انواعا مرضية مخصوصة بل هي امراض لامراض الاعضاء التناسلية ولا مراض آخر بها تحصل اضطرابات عومية في البنية ولذا كان شرح انقطاع الحيض وتعمره والتزيف الرجعي لا يخص في الحقيقة كتب الباثولوجيا الخاصة والعلاج بل يخص كتب العلامات

والتشخيص لكن بسبب اهمية هذه الاضطرابات في الطب الصلي التزمنا
 ان نشرها هنا بالاختصار كما جرى عليه كثير من المؤلفين فنقول
 منها تقدم حصول الحيض وهذا العارض قليل الحصول جدا ان عني به
 التزيف الذي يحصل من اعضاء التناسل قبل تمام البلوغ ويكون متعلقا
 بانقضاء حيوية جواف التامة النضج وحيث لم يوجد عندنا امر كاف
 للتأكد ان كان هذا التعلق موجودا أو غير موجود فعليتنا ان نقسك بان
 حصول هذا التزيف هل يتروى في اوقات منتظمة ام لا وهل هو محبوب
 باضطراب عام في البنية وبآلام في القطن والظهر وغيرهما من الظواهر
 التي تسكدان تعجب الحيض على الدوام ام لا وأما التزيف الذي يحصل
 من اعضاء التناسل في مدة سير بعض الامراض الحادة سيما الامراض
 التدممية الحادة وفي مدة سير بعض السكرازيات المزمنة والاحتقانات
 الاستبامسية الوريدية ويكون حصوله مرة واحدة أو جملة مرار بدون
 انتظام فليس له ادنى ارتباط بالحيض فاذا خرج تزيف من بنت يبلغ سنها
 اثنتي عشرة سنة الى أربعة عشر في البلاد الباردة ولم يصل سنهامن أربعة
 عشر الى ست عشرة سنة أولم تكن تامة النمو فيقال حيثئذ ان هذا التزيف
 مرضي لكن ان كانت متكاملة واعضاؤها في غاية النمو فلا تكون هذه الحالة
 حالة مرضية فان كثيرا من البنات الا ان يكن في السن المذكور ولم ينزل
 يتوجهن للدارس ويلبسن ملابس قصيرة ومع ذلك يوجد الثديان ناميين
 عندهن بالكيفية مثل هؤلاء البنات يقال ان غوهم متقدم وليس معتريهن
 اضطراب في الحيض بل ان تأخير الحيض عند مثل هؤلاء البنات لا ظهوره
 ظهورا دوريا منتظما هو الذي يعتبر مرضيا لكون هنالك احوال غير السابقة
 لا يندر ان يشاهد فيها عند بنات لم يتم غوهم وسنهن من احدى عشرة الى اثني
 عشرة سنة حصول تزيف من اعضاء التناسل يتروى بكيفية منتظمة
 ومحبوبة بالاعراض الخاصة لاحتقان اعضاء الخوض بحيث لا يشك في
 مثل هذه الاحوال ان هنالك ثوما متقدما في حيوية جواف وحيض
 متقدما مرضيا وقد دلت التجارب على ان مثل هؤلاء البنات يصبن
 فيما بعد بالخوارز المستعصى

ومنها تأخير انقطاع الحيض وذلك ان النساء ينقطع الحيض عندهن عادة من سن ٤٥ الى ٤٨ سنة و يندرجدا ان يتأخر انقطاعه عن هذا الزمن وان حصل ذلك ينبغي التأكد من أن هذا التزيف حيض حقيقى اوتافح عن امراض اخرى لأعضاء التناسل

ومنها انقطاع الحيض وذلك يطاق على الحالة المرضية التى فيها يفقد الحيض عندها مرة تجاوزت سن البلوغ ولم تصل الى سن اليأس ولم يكن عندها حمل ولا ارضاع وتأخير الحيض بعد فوعا من انقطاعه وكذلك انقطاعه المتقدم بعد فوعا آخر منه فان كانت الشابة التى يبلغ سنها ١٦ أو ١٨ سنة ذات جسم غير تام النمو كطفلة عمرها عشر سنين أو ١٢ سنة فلا تكون مصابة بتأخير الحيض أو فقدته كما ان البنات اللاتى سنن اثني عشر سنة أو ثلاث عشرة سنة وتامت النمو اذا حصل عندهن الحيض لم يكن مصابات بتقدم حصوله ثم ان كلامى فقد الحيض وتأخير موته تقدم انقطاعه يكون فى الغالب متعلقا باضطرابات عامة فى البنية أكثر من تعلقه بامراض موضعية فى أعضاء التناسل وعلى الخصوص الخلل ووزداد الخنازير والسل الرقوى هى التى تحدث تأخر الحيض وانقطاعه بالكلىة وليس من السهل فى مثل هذه الاحوال الحكم بان كانت الببضة لم يتم نضجها او بان كان التزيف الذى يصاحبه انقذا فها هو المفقود لكن متى شوه هذا مرض احتقان ككثيرة الوضوح أو قليتها نحو الاعضاء المحروضية و زرد با نظام فى كل أربع اسابيع وكانت هذه الاعراض مصحوبة بانتفاخ فى الثديين وازديادى الافراز المخاطى لأعضاء التناسل دل ذلك على ان التزيف هو المنقطع قطع والاحوال المتخالفة لذلك تدل على ان نضج احدى الحويصلات الجرافية لم يتم بالكلىة وأما امراض الاعضاء التناسلية التى ينبج عنها انقطاع الحيض فبعد منها الاستسحالات المرضية للبيضين وهونادر سببا اذا كان كل منهما مجلسا لتغبرات مرضية جوهرية عظيمة ومنها امراض الرحم المختلفة سببا للزلات المزمنة للرحم وخصوصا التهاباته الجوهرية المزمنة اذ فى هذا المرض الاخير تنضغط الاوعية الرحمية بسبب ظهور المنسوج الخاوى المحيط بها وانكماشه واحدا نيا هذا انقطاع الحيض عند شبابات ذات بنية وصحة

جسدتين وذلك لانه لم يحصل في أعضائهن التناسلية تقدم في النمو مثل
بقوا في أجزاء الجسم وبالجدة فقد ينتج انقطاع الحيض عن اضطراب عصبي
عمومي والذي يؤدي ذلك أحوال شلل النصف السفلي التي فيها ينقطع الحيض
بعد حصول هذا العارض حالا

وأما الانقطاع الفجائي للحيض فهو في الغالب عرض للالتهاب الرجي الحاد
ويتعلق بنفس الاسباب المرضية التي ذكرناها عند شرح اسباب هذا
المرض ويصطبغ بأعراضه السابق ذكرها ويندر ان ينقطع الحيض فجأة
عقب تناقص كمية الدم العمومي كما يشاهد ذلك عقب الفصد واحتقان
توردي شديد في عضو بعينه عن الرحم به يحصل تناقص الدم المحتوي
عليه هذا العضو

وأما الحيض العوضي فيعني به الانزقة التي تحصل من بعض الاغشية المخاطية
الانحر أو من جروح أو من أورام انتعابية مدة انقذاف إحدى حويصلات
جرافي ويكون حصولها بدلا من دم الحيض المنقطع بالكافة أو الذي يسيل
بكمية قليلة جدا وهذه الظاهرة قد ثبتت بمشاهدات عديدة وفسر اسكزوني
حصول الحيض العوضي بالكيفية الآتية وهو أن النضج الذي يري لاحدى
البويضات ينتج عنه توران وعائي عوي فتى كان هناك تغيرات جوهرية
مهينة للانزقة امكن ان يحصل ثمزق وعائي من عضو غير متعلق بالاهضاء
التناسلية والتزيف الحاصل بسبب قلة مقاومة المحل المتغير يؤثر بنفس
الكيفية التي يؤثر فيها الفصد مدة الحيض بمعنى انه يقلل احتقان الغشاء
المخاطي الرجي بحيث انه لا يحصل فيه تر يف بالكافة أو يحصل بكمية قليلة
جدا

وينبغي في معالجة انقطاع الحيض الاهتمام بان تمام الدلائل العلاجية
المؤسسة على معرفة الاسباب بمعنى انه يلزم معالجة المرض الذي يكون
انقطاع الحيض عرضا له ومع ذلك فهناك أحوال فيها يستمر انقطاع
الحيض زمانا طويلا ولو بعد زوال المرض الاصل وفي مثل هذه الاحوال
التي ليست بكثيرة كما تتقدمه العوام ينبغي الاهتمام بالتأكد ومعرفة كون
التزيف الحيضي هو المتفقود أو نضج الببضة هو الحاصل اذ لا فائدة في

استعمال الجمادات القديمة المهيبة ان كان الحاصل هو الامر الاخير
 لا العلم نفسه لكن اذا كان هناك علامات احتقان في الحوض
 وانتفاخ في الثديين وزيادة افراز مخاطي في الاعضاء التناسلية دالة على
 انتفاخ احدى الحويصلات الجرافية وكان الغشاء المخاطي الرحي في حالة
 احتقان وجب الاجتهاد في ازدياد درجة هذا الاحتقان ووصوله الى درجة
 التفرق الوعائي بحيث يحصل الخيض فانه ان حصل احتقان بدون سيلان
 دموي نتج عن ذلك تغيرات في الغشاء المخاطي الرحم وجوهره بخلاف ما اذا
 حصل التزيف فان هذا الخطر يتمنع وذلك يكون باستعمال الوسائط المدرة
 للطمث وأهمها التشلل بالماء الفاتر في الرحم وتشريط فوهته وارسال
 العلق عليها أو الحقن المهيبة في المهبل بواسطة جهاز التشلل الرحي ونحو
 ذلك فاذا لم يمكن استعمال هذه الوسائط بسبب غشاء البكارة فوجب وضع
 المحاجم على الجهة الانسية من الفخذين واستعمال الجمادات المهيبة
 القديمة والجلوسية واما الجواهر المدرة للطمث التي تعطى من الباطن
 فاجودها الصبر والجويدار والاهل اسكن ينبي استعمال هذه الوسائط
 مع غاية الاحتراس ولا تتم حمل متى وجدت ظواهر احتقان أو التهاب
 في الاعضاء الحوضية

وأما غزارة الطمث والتزيف الرحي الذي هو عبارة عن غزارة في السيلان
 الحيضي فبمذكراته ان يكون عرضا لمرض العضوية المختلفة للرحم
 وتولداته الجديدة وكذا قد يشاهد هذا التزيف بدون تغيرات عضوية
 مدركة فيها اذا حصل عائق في رجوع الدم من الاوردة الرحية كما يحصل
 ذلك في مدة سير امراض القلب والرئة ونحو ذلك كما انه قد يشاهد ايضا في
 أحوال الاحتقان التواردية للرحم الناتجة عن تهيج هذا العضو بواسطة
 الافراط في الجماع بل وعن التهيجات النفسية الشهوانية وينسدر ان
 يسكون غزارة الطمث والتزيف الرحي متعاقبا بالذات في السنين
 ويكون ظاهرا من جهة طواهر الاسكربوط والفرقة التزيفية والامراض
 التمهية الحادة كالجدري والتزيف والحصبية التزيفية والتيفوس
 وفي الاحوال التي يسكون فيها التزيف الرحي نابعان احتقان قاصر

أو متعدي يكون هذا العارض مسبباً لبعض أعراض مشابهة للتي تصاحب
الحيض الطبيعي لكنها تتجاوزها في الشدة وخروج التزيف يكون إما على حالة
سائلة أو أنه يعتقد ويخرج من المهبل على هيئة جلط غير منتظمة ويندuran
ينعقد في باطن الرحم فينتج عن ذلك ما يسمى بالبوليموس اللين كما يشاهد
ذلك بكثرة عقب السقط وهناك نساء ذوات مناج دموى يحتمل فقد التزيف
الدموى ولو بكمية عظيمة بدون أن يحصل عندهن ادنى ضرر لكن النساء
اللاتي يكن في حالة انيميا يحصل لهن من هذا التزيف ارتقاء في ظواهر
الانيميا

ومعالجة غزارة الطمث أو التزيف الرحمي ينبغي فيها الالتفات إلى معرفة
المرض الأصلي في الأحوال التي يكون فيها هذا التزيف ناشئاً عن التهاب
رحمى من ينسب إرسال العلق مع التكرار على الجزء المهبل من الرحم
أو تشربه فان هذه الطريقة ذات نجاح عظيم في مثل هذه الأحوال ومن
المهم أن توصي المريضة متى كان الفقد الدموى عظيماً وهدداً لقوتها
باجتناب المشاق الجسمية والعقلية بالاسهارة في الفراش مدة الحيض
مع الراحة والهدهد مع منعهن عن استعمال الماء كل والمشارب المنبهة
وتعطى لهن المشروبات المصنوعة من الحوامض المعدنية والنباتية ويندر
الانتهاء إلى استعمال الكمادات الباردة والجليدية أو الجواهر الموقفة
للتزيف وذلك أنه ان ابتداء التزيف الرحمي ان يؤثر تأثيراً مضعفاً في البنية
وجب إعطاء القوايض من الباطن كـذور الرانيا والتنين ومحلول فوق
كلورور الحديد ونحو ذلك واجود استعمله الا في ذلك الجرعة الاتية المركبة من
خلاصة الجويدار المائي والتنين من كل جرام واحد من الماء المقطر ١٥٠
جراماً ومن الشراب البسيط ٣ جراماً ويعطى من هذه الجرعة ملء ملعقة
اكل كل ساعتين أو ثلاثة لكن هناك أحوال فيها يكون التزيف غزيراً جداً
بحيث يقاوم جميع الوسائل التي ذكرناها ويهدد حياة المريض ففي مثل هذه
الأحوال يلجأ لاستعمال معالجة قوية كالسدة المهبل والحقن تحت الجلد
بمحلول الجويدارين بل والحقن في باطن الرحم بواسطة محلول مركب من
كلورور الحديد

واما عمر الحيض فيعنى به نوع من اضطرابات الحيض فيه يحصل قبل خروج
 التزيف وفي انشاء خروجه مكابدات شديدة وقد ذكرنا فيما تقدم ان عمر
 الحيض مرض من جملة امراض المنحنيات الرحم وغيرها من امراض هذا
 العضو ولكنه كثير اما يشاهد ايضا بدون وجود تغيرات عضوية مدركة في
 هذا العضو ويميز لعمر الحيض شكلان أحدهما العصبي والثاني الاحتقاني
 فالاول يشاهد عند النساء المصابات بشوران مرضى في قابلية تثبيته المجموع
 العصبي وفي مثل هذه الحالة الاضطرابات العقلية المخزنة التي توجد عند
 أغلب النساء قبل حصول الحيض تصل الى درجة عظيمة جدا وكذا الآلام
 البطنية والقطنية والفخذية تزداد اذ اذ اعطيا جدا مدة الحيض وكثيرا
 ما يمتد التنبيه العصبي من الاعصاب الحسية للرحم المريض الى اعصاب آخر
 ومن ذلك تحصل الآلام عصبية في أعضاء أخرى بعيدة بل اضطرابات تشعبية
 ونحو ذلك وجميع هذه الاعراض توجد في الغالب مدة اليوم الاول من
 الحيض ثم تزول في اليوم الثاني او الثالث زوا لا كليا وقد يحصل ذلك بكيفية
 منتظمة كل مرة بحيث ان بعض النساء يتبعن للكث في الفراش كل أول يوم
 من الحيض وفي أحوال أخرى قد تستقر المكابدات التي تشاهد في الاحوال
 المذكورة مدة الحيض بتمامها وليس من البعيد عن العقل ان الآلام في
 الحالتين المذكورتين تنبع عن انقباض تشبهي في فوهة الرحم وعن انقباضات
 شبيهة بالآلام الطلق فيه واما الشكل الثاني أى شكل عمر الحيض الاحتقاني
 فيسبق حصول التزيف فيه امراض احتقان شديد نحو أعضاء الحوض
 واشتداد في قوة انقباض القلب واحتقان شديد في الرأس وحركة جنة
 عمومية وجميع هذه الاعراض يحصل فيها تلطيف عظيم متى حصل خروج
 دم الحيض بكمية غزيرة وذلك يتم عادة في اليوم الثاني أو الثالث وهذا
 الشكل لا يوجد فقط عند النساء ذوات الامتلاء الدموي بل كثير اما يشاهد
 أيضا عند النساء ذوات البنية الضعيفة الانميائية ومن العمر الحكم به هل
 يكون في هذا الشكل احيانا عمر انفجار احدى حويصلات جراف
 السكائنة في باطن المبيض او المغطاة بطبقة بر يتونية متكاثفة سميكة في حفظ
 احتقان الاعضاء الحوضية زمانا طويلا وارتقاؤه الى درجة عظيمة وباشتداد

الاحتقان في الرحم قد يحصل نضج بين الغشاء المخاطي وجوهر الرحم
فيتم فصل الغشاء المخاطي على هيئة ندف صغيرة او عظيمة وتنفذ الى

الخارج

وعمر الحيض العصبي يلجأ في معالجته لاستعمال المخدرات من الباطن أو
على شكل حقن أو بالحقن تحت الجلد بالمورفين وذلك خلافا لمعالجة المرض
الاصلي واما في الشكل الاحتقاني لعسر الحيض فيوصى بإرسال العلق
ويندرفيه الالتجاء الى القدم من الاوردة الذي كان يفعل سابقا بكثرة
من أوردة القدمين

(تنبيه) قد استعمل بكثرة في العصر المتأخر مع النجاح توسيع
عنق الرحم توسيعا ميكانيكيا بواسطة مراود من الاسفنج المجهر او قطعه
بالسلاج بواسطة الآلة المدهاة بقاطعة الرحم فيما اذا كان عسر
الطمث ناتجا عن تضيق في هذا الجزء

(المبحث التاسع في القيلة الدموية خلف الرحم)

القيلة الدموية خلف الرحم تنشأ عن انسكاب دموي يحصل في اثناء
الطمث اما سائبا في تجويف البطن او في المنسوج الخلوي تحت الطبقة
المهامية للمو من سبابين ويريقتي الارتبطة العريضة للرحم في الحالة الاولى
يقرب العقل ان حويصلة جراف المتزقة تكون مجلسا لتزرف غزير غير طبيعي
بحيث ينسكب الدم في تجويف البطن بلا واسطة وفي الحالة الثانية يظهر ان
التزريف ينشأ عن تمزق في احد الاوعية السكاثر في المنسوج الخلوي تحت
البريتون فكما ان الاحتقان التواردي الشديد في الاعضاء الحوضية
الذي يصاحب انقذاف احدى البيضات النضجة يؤدي في الحالة الطبيعية
احيانا لتمزقات وعائية في الغشاء المخاطي الرحمي وانسكاب دموي في تجويفه
فكذلك قد ينتج عنه بتأثير بعض الاسباب غير المعلومة لنا انسكاب دموي
في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المصلي للاعضاء التناسلية الباطنة

ومن منذ ما نضعص المألوم برئت في حالة مرضية من الاحوال التي شاهدها
في السنين الاخيرة القيلة الدموية خلف الرحم وتحقق لي هذا التمنيع

من الراحة الناعمة عقب خروج الدم بكمية عظيمة من المستقيم كما كدعندي
 ان هذا المرض ليس بشادر كما زعم كثير من المؤلفين ولا اشد في ان معظم
 الاحوال التي كنت اضعها عند النساء الحائضات بالتهاب البريتوني
 مبغض مع نصح منكريس كانت ناجحة عن انسكاب دموى في تجويف
 الحوض أو في المنسوج الحساوي تحت الغشاء المصلي أعني عن قيلة دموية
 خلف الرحم والاحوال التي شاهدها كانت عند شبانات معتريهن من
 منهن عنب اضطراب الحيف اما على صفة المكابذات الطبخية الشديدة
 أو على صفة الفقد الدموي المستمر المستطيل والذي يظهر طبقا للمشاهدات
 غير ناهية هذه القيلة يكثر وجودها في مثل هؤلاء الشابات دون النساء اللاتي
 يحضن بدون مكابذات مع فقد قليل من الدم

(الاعراض والسبب)

أعراض هذه القيلة هي عين اعراض التهاب البريتوني الناشئ من
 الالتهاء الحوضية ذوى السبر تحت الحاد والمنتشر في البريتون كثيرا أو قليلا
 وقد يسبق الاكلام البريتونية الشديدة التي ترتقي الى درجة غير مطاعة بأقل
 ضغط احساس بضغط وتآلم في الجزء الفاتر من تجويف الحوض والحمى
 المصاحبة لذلك تختلف شدتها ولا ترتقي الى درجة عظيمة جدا ومن النادر ان
 تبدأ بثوبه قشعرى رقيقة شديدة بل الغالب ان تتكرر القشعرى في
 اثناء سير هذا المرض عدة مرات والمرض الملازم هو تعمر البول وكثيرا
 ما يحتمس بالكلية بحيث يلجأ الى استفراغ المثانة بواسطة القساطير عدة أيام
 متوالية وكذا التبرز يكون صمرا وكثير من المرضى من يشتكى بغثيان وتضخم
 أو معتريه في المستعص يحصل كلما تعاطت المريضة ولو قليلا من المشروبات
 والمطعومات فان شوهت هذه الاعراض عند امرأة في اثناء الطمث أو
 عقب انقطاعه بقليل أمكن مع التقريب تشخيص القيلة الدموية خلف
 الرحم والذي يقرب التأكد من ذلك هو البحث الموضعي فان تبصر فعل ضغط
 عميق على تجويف البطن في جزئه السفلى عثر الطبيب على ورم محدود أعلى
 العانة لا يكون عادة على الخط المتوسط بل مائلا لاحدى الجهتين وعظم
 هذا الورم مختلف وكثيرا ما يمكن العثور بجواره في الخط المتوسط على قاع

الرحم المنبسط الى اعلى وبالنسبة من المهبل يوجد الجزء المهبل من الرحم مرتفع الى اعلى ومتقارب من العانة ويوجد في القهوة الخلفية من المهبل ورم منور من امس يمكن التماسه عند البحث السطحي بقاع الرحم المنحني الى الخلف وهذا الورم يمكن تحديده من احدى الجهات زيادة عن الاخرى والعلامات الاكثر تمييزا تستنتج من البحث من المستقيم اذ بذلك لا يخفى على الطبيب وجود ورم امس من بين المستقيم والرحم دافع لهذا العضو نحو العانة

وسير هذا المرض يختلف بحسب ككون الانسكاب الدموي يتمص تدريجيا أو يستغرق من ذاته أو بالصناعة ففي الحالة الاولى يحصل انحطاط الى الآلام بعد قليل من الايام لكنها لا تزول بالسكية بل تستمر مع اختلاف شدتها بجهة أو سايح حتى تزول بالسكية مع تناقص في حجم الورم وفي الاحوال التي شاهدها وجد التهاب رجي نزل شديدا في اثناء هذا الزمن مع استفراغ افراز قيحي مختلط بالدم احيانا وأمان حصل ثقوب في المستقيم أو في المهبل أو استفراغ الدم بالصناعة من احدى هذين العضوين فان كلا من مكابدات المريضة والورم يزول دفعة واحدة ومن النادر ان يؤدي الانسكاب الدموي لتفج في الاجزاء المحيطة به وتكون خراج

المعالجة - في معالجة القهوة الدموية خلف الرحم ينبغي ابتداء الاعتناء بمقاومة الالتهاب البرتوني المتعلق بالانسكاب الدموي حيث لم تكن عندنا وسائل معلومة بها يمكن احداث سرعة في امتصاص الدم المتسكب فان رسال للعلق مرة أو بجهة مرار على حسب الاقتضاء وهكذا استعمال الضمادات المفاخرة غير الثقيلة على القسم الحشوي والالتفات الى استفراغ المثانة والمستقيم يكفي في احداث الانتهاء الجيد لهذا المرض في اسبوعين او اربعة وقد أوصى بعض المؤلفين لمرحلة استفراغ الدم ببزل قهوة المهبل بألة بلرز رفيعة لكن بهذه الكيفية يمكن احداث فساد في الدم الباقى وتقرر في الاجزاء المحيطة ان لم يلتفت جدا الى منع دخول الهواء

(تنبيه) يوصى في هذا المرض كذلك عند استقرار التزيف لو تردده زيادة عن الراحة التامة باستعمال الوضعيات الجليدية على البطن أو في

المهبل مع تعاطي محلول فوق كلورور الحديد أو الحقة تحت الجلد بمحلول
الارجوتين وعند وجود آلام شديدة يستعمل الحقة تحت الجلد بمحلول
المورفين وعند طر والظواهر الالتهابية تستعمل المعالجة اللائقة بالالتهاب
البريتوني الجزئي بأن تعطى المركبات الأفيونية لاجل إيقاف الحركات
العوية الديدانية وعند تناقص الالتهاب يجتهد في إزالة الأمساك بواسطة
الحقن المليئة وهو ذلك ولا ينبغي زل الورم إلا عند وجود أعراض شديدة
خطرة ولم يكن هناك أمل في امتصاص الدم مع ما سبق ذكره من
الاحترا من عدم دخول الهواء وأما أن حصل تقبج فينبغي فقع الورم
بشق عريض واستفراغه استفراغاً تاماً وغسله بواسطة الحقة بسوائل
مائعة لتنظف من المهبل

(الفصل الثالث في أمراض المهبل)

لا نتكلم في هذا الفصل إلا على التهاب هذا العضو وأما التغيرات الخلقية
للمهبل والتولدات الجديدة المرضية فيه وغير ذلك من أمراض هذا العضو
فشرحها يختص بكتب الجراحة فلا نتعرض لها

(المبحث الأول في التهاب المهبل التزلي الزهري)

(المعروف بالسيلان الزهري المهبل)

ما قيل في كيفية ظهور السيلان المجري الزهري عند الرجال وأسبابه يقال
هنا في السيلان المهبل الزهري عند النساء وهذا الالتهاب لا يمكن تمييزه
بتمييزا تشريحيًا عن التهاب التزلي الغير الزهري لهذا العضو وإنما يفرغه
بسيرو ومنشأته ولا ينتج هذا المرض عن الإفراط من الجماع أو أسباب مهيبة
أخر وإنما ينتج عن العدوى بالسم السيلاني الزهري

(الصفات التشريحية)*

المجلس الأصلي للالتهاب السيلان الزهري عند النساء هو الغشاء المخاطي
للفرج والمهبل ويندر أن يمتد هذا الالتهاب إلى الغشاء المخاطي الرحمي ويكاد
أن يمتد في جميع الأحوال إلى الغشاء المخاطي المجري عند النساء ومعرفة
ذلك مهمة جداً في تشخيص هذا المرض وشاهد في الغشاء المخاطي ابتداء

جميع التغيرات الخاصة بالالتهابات التزلية الحادة الشديدة وفيها بعد التغيرات الخاصة بالالتهابات التزلية المزمنة والسيلان الذي يكون في ابتداء هذا المرض قليلا يصير عادة فيها بعد غزير اقبح صار يقا بحيث يتسلخ منه الفرج والجهة الانسية من الغدزين وليس له وصف نوعي بخلاف كونه عاملا للاصل المعدي

(الاعراض والسير)

الظواهر الابتدائية التي يتضح بها السيلان المهبل الزهري هي الاحساس بالكلان وحرارة متزايدة في الاجزاء التناسلية وسيلان مادة مخاطية قليلة منها وهذه الظواهر لا يعتنى بها في الابتداء عادة ثم بعد بعض ايام من ابتداء ظهور هذا المرض يحس بالآلام شديدة محركة في الاعضاء التناسلية وانتفاخ في الشفرين العظمين وحرقان عند التبول لكن يندران فصل هذه الظواهر الى درجة عظيمة جدا بحيث تعوق مشي المرضى والقعود وحركات الجسم والافراز الذي يكون في هذا الدور اصفر مخضر امتكأ فاقهيا كثيرا ما يخرج بكيفية غزيرة من بين الشفرين ويوجد في نفس الفرج والاجزاء المحيطة به الى الاستقرحات سطحية لا ينبغي اختلاطها بالتقرحات الزهرية الرخوة وعند الضغط على قناة مجرى البول يخرج من فوهتها على الدوام سائل يقي ثم بعد اسبوعين او ثلاثة اسابيع تتناقص الآلام ثم تزول بالكفة والسيلان يفقد ايضا هيئته القهيجة لكن يستمر زمانا طويلا حتى انه يكتسب هيئته الافراز المخاطي ويفقد الخاصية المعدية

المعالجة الموضعية التي فضلناها عن المعالجة الباطنية في السيلان المجري عند الذكور هي الوحيدة المستعملة في السيلان المهبل عند النساء فانتامتي تأملنا لمجلش السيلان الزهري عند النوعين سهل علينا معرفة منفعة تأثير يلم الكوباي والكبابة الصيني عند الرجال دون النساء حيث ان العناصر المؤثرة لتلك الجواهر تخرج مع البول وفي ابتداء هذا المرض مدامت الاعراض النهائية والآلام شديدة يوصى بالحمية واستعمال المسهلات والجمادات الباردة الجلوسية المستطيلة وبوضع في

انتهابها المنظار المهبل متى لم تمنع الاكلام من ذلك ومتى زالت الإعراض
 الانتهاية يوصى باستعمال الحقن من محلول نترات الفضة أو النين أو
 الشب أو الزنك أو خلاصة الرصاص والحقن المستعملة بأقوة مع النجاح التام
 هي ما أوصى بها المسلم ريكور وهي مركبة من خلات الرصاص المتبلور
 ثمانية جرامات ومن الماء مخمصة جرام اعني ثلاثة دراهم على رطلين
 وهو ضامن استعمال الحقن بهذا السائل ينبغي صبه في منظار من الزجاج
 الاعتمادى بعد ادخاله في المهبل ثم يجذب بالتدريج بحيث يلامس هذا
 السائل جميع اعضاء المهبل وفي الاحوال المستعصية يوصى بوضع سدادات
 من الشمع مذرورة عليها مصوق الشب في المهبل أو مس الغشاء المخاطي
 من هذا العضو بمحلول نترات الفضة أو بقلم من الحجر الجاف في الصلب
 ولزيادة الايضاح راجع معاملة السيلان المهبل البسيط في المبحث الثاني

(المبحث الثاني في الانتهاب المهبل على الترتيب البسيط)

(المعروف بالسيلان المهبل البسيط أو الأبيض)

(كيفية الظهور والاسباب)

على من المسلم ~~هك~~ وليكر واسكسوفى الذى بحث عن افراز الغشاء
 المخاطي المهبل في المسئلة العصبية والمرضية بحثا جيدا وجد عند قليل من
 النساء وبخاصة من عند من لم تلد منهن ولم تتجامع الا قليلا افراز طبيعي
 وكان هذا الافراز قليلا جدا حتى ان سطح الغشاء المخاطي يبقى في حالة
 تندية وانزلاق منه وخواص هذا الافراز تكون على الدوام حمضية ولم
 تحتو على عناصر متشكلة سوى قليل من الاخلية البشرية ثم قبل الحيض
 بقليل وبعده يكون هذا الافراز غزيرا مستويا السيولة وخواص حمضية
 على الدوام ومشتقلا في هذا الزمن على كمية عظيمة من اخلية بشرية ومختلطا
 ولو بعد زوال الطمث بكمية عظيمة أو قليلة من كرات دموية مادام لونه حمرا
 وأما في الاسباب التزلية فوجد كل منهما ان الافراز المتجمع في قاع المهبل اما
 ذو صفة مائعة كالبن أو كصف مضر وكما كان هذا الافراز قليل الشفافية
 مبيضا أو مصفرا كما كثرت فيه الاخلية البشرية والاخلية الجديدة (وهي

الجسيمات المخاطية (أو القيعية) وكذا الحيوانات النقية التي استكشفتها
دوني وسماها بالتريكوموناس المهبلية وكذا أيضا بعض الحبيطة خطر
وخليفة تاتضع من ذلك ان كلا من المؤلفين السابقين لم يعثر على وجود افراز
مخاطي مهبلية على الاطلاق فيستنبط من ذلك ان الحساسة التزلية لغشاء
المخاطي المهبلية كثر الامراض انتشارا عند النساء واكثر الاسباب اتجاها
لهذا المرض هي التبرج اللاواسطي للمهبل عند الافراط من الجماع ومع ذلك
فكثيرا ما ينتج هذا المرض عن اسباب أخرى كزكراها عند الكلام على
اسباب الالتهاب الرحمي التزلي ومما يفسد به ان الالتهاب التزلي المهبلية
كالالتهاب الرحمي التزلي كثيرا ما يتعلق باضطرابات بطبيعية اكثر من تلقفه
بشبهات مرضية - ويستنتج من اعتبار الاسباب المفضة لهذا المرض ان
التزلة المهبلية نادرة الحصول في سن الطفولة ولهذا عن الواضع يقطع النظر
عن الاحوال التي فيها يسبح الدود ذو الذنب الدقيق (أو الوباب) من المستقيم
الى المهبل ويحدث فيه تهييجا شديدا

* (الصفات التشريحية)

في الالتهاب التزلي الحاد يوجد الغشاء المخاطي المهبلية شديدا الاحمر ارمنتهما
مسترخيا ويشتد فيه في كثير من الاحوال ارتفاعات عديدة صغيرة تنكسب
سطحها هيئة حبيبية وليست هذه الارتفاعات عبارة عن تمدد في اجربة
المخاطية كما كان يظن سابقا بل انها تنشأ عن انتفاخ الجسم الحلي المخاطي
وهذه التغيرات تكون نارة منتشرة في جميع سطح المهبل ونارة قاصرة على
بعض اجزائه والافراز يكون في الابتداء قليلا لكن عما قليل يكثر - يرغزيرا
عكرا كثيرا او قليلا

وفي الالتهاب التزلي المزمن يظهر جدار المهبل مسطح رخيا ولون
سطح الغشاء المخاطي يكون أحمر من رقابدرجة متفاوتة ونفس السطح يكون
كثير التهييج زيادة عما في الالتهاب التزلي الحاد والافراز يكون نارة لبنيا
ونارة مصفرا كثيفا واسترخاء الغشاء المخاطي كثيرا ما يؤدي لسقوط
الاسميما سقوط الجدار المقدم من المهبل

* (الاعراض والسير) *

تشتكى المرضى كذلك في الالتهاب المهبل التزلي الغير الزهري متى كان حاداً
 بأكلان وآلام محرقة في الاعضاء التناسلية لكن حيث ان قشاة مجرى
 البول تبقى مصونة عن الاصابة بهذا الالتهاب التزلي تفقد الآلام عند
 التبول وعلى كل حال فأكليدات المرضى لا تكاد تكون مطلقاً شديدة
 كما في الالتهاب المهبل الزهري وفي التهاب المهبل التزلي المزمع
 يصكون سيلان الافراز الغير الطبيعي أعني السيلان الابيض المهبل هو
 العرض الوحيد لهذا المرض وكون هذا السيلان آتياً من المهبل أو من الرحم
 لا يقطع به الا بعد البحث بالنظار وكثير من النساء يتحمل فقد هذا السيلان
 بدون أدنى ضرر وأخرى يحصل لهن منه اعراض انيميا وتلون وسخ ترابي في
 الوجه وضعف في القوى وثقافة

المعالجة - التزلات المهبلية كثيرا ما يكون ينموها احوال امراضية عمومية
 أو موضعية أخرى بحيث ان اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية يكفي في كثير
 من الاحوال في الشفاء التام على انفراد ومنع التكرار يرجع ما ذكرناه
 في المعالجة السببية للالتهاب الرحمي التزلي - وأما المعالجة الموضعية
 اقبوصي فيها عندما يكون الالتهاب المهبل حاداً شديداً ما يتبع ما ذكرناه في
 الالتهاب المهبل الزهري والمعالجة الموضعية لسيلانات المهبلية المزمنة
 تستدعي على الخصوص غسل القشاة المخاطية المتراكمة عليه الافراز المرضى
 المهبل بواسطة الحقن بالماء الاعتيادي أو ماء الرصاص أو ماء امس أو غيره
 من المياه القلوية بواسطة محقنة ذات طلبية وينبغي ان يكون السائل فاتراً
 ابتداء (اي في حرارة الدم) ثم تخفض درجة حرارته شيئاً فشيئاً بحسب
 حساسة المريضة الى ان يصير بارداً وكذا الحمامات الجلوسية الباردة (مع
 استعمال المناظر المهبلية المثقبة ان أمكن) لها منفعة عظيمة في هذا
 المرض وفي الاحوال المستعصية لا تكفي هذه المعالجة البسيطة المنظمة بل
 تحتاج الحال لاستعمال الحقن القابضة المتكررة كل يوم واحد أكثرها
 استعمالا الحقن بمحلول التنين (خمس جرامات الى خمسة عشر على
 رطل من الماء) وكذا الحقن بمحلول الشب أو كلورور الحديد أو سلفات

الحارصين والنحاس وكذا يطبخ قشر الباط أو الراتاني ونحو ذلك ومن
الجيد عند اسقرار هذا المرض من اطويلا استعمال تلك الجواهر على
التعاقب وفي الاحوال المستعصية يوصى كذلك باستعمال سدادات
مستطيلة اسطوانية من القطن أو الاسفنج توضع مدة من الساعات او طول
الليل جملة ايام متوالية وتكون هذه السدادات مدهونة بمرهم التينين او
الشب (يقدر ٣ جرامات على ١٥ جراما الى ثلاثين جراما من الشمع او
الجليسرين) وقد يتصور للربضة تعلم وضع تلك السدادات الاسطوانية باليد
واخراجها بل وقد يستعمل التينين استعمالا موضعيا على صفة الشياف
المهبلية (بان يؤخذ من التينين ٢٥ جراما ومن زبدة السكاكو ٣٠ جراما
ويعمل من ذلك شياف) وفي الاحوال المستعصية لا ينبغي علينا الا الى
السطح لغشاء المخاطي المهبل والجزء المهبل من الرحم بواسطة قلم من الحجر
الجهنمي او هو الاجود معهما بفرشه مبتلة بمحلوله المركز (جزء على ثلاثة
اواربعة من الماء المقطر) فان المس بعم سطع الغشاء المخاطي ويكرر المس
بهذه الصفة كل ثمانية ايام اواربعة عشر وفي المعالجة الموضعية لكل التهاب
مهبل نزل يبغي التأكد من كون قناة عنق الرحم او قنوبه موصابا بالام
حتى يصير التعقيم في المعالجة بالمس

* (المبحث الثالث في الالتهاب المهبل ذي الغشاء الكاذب والدفتيري) *
التغيرات الانتهائية الغشائية والدفتيرية الكثيرة الحصول في انشاء سير
الحيات النفاسية نادرة الحصول في غير هذه الحالة وتتعلق اما بآثرات
مضرة تؤثر تأثيرا موضعيا او باضرار بنيوية فممكن من افراز المرطان
الرجعي المتقرح والبول الذي يسيل على الغشاء المخاطي المهبل دائما في
احوال الناصور المثاني المهبل والفر زج المهبل الموضوع وضعاف غير
لاثق ووليوس الرحم الممتد في المهبل يمكن ان يؤدي لالتهابات غشائية
اودفتيرية في الغشاء المخاطي المهبل كما يشاهد ذلك أيضا في الادوار الاخيرة
من التيفوس والهيضة والحصبه والجدرى مع التهابات غشائية اودفتيرية
في اغشية مخاطية اخرى وغالبا تكون فقط بعض اجزاء الغشاء المخاطي
المهبل مغطاة باغشية كاذبة أو مستعيلة الى خشك يشبه دفتيريته و يظهر

الغشاء المخاطي في محيط تلك المحال أحمر داسكنا وبعد انفصال
 الحشكر يشه مختلف ذلك فقد جوف غير منتظم يكون اما سطحيا أو غائرا نحو
 الباطن والاعراض التي تعلق بمحصل هذا المرض هي الآلام الشديدة
 في الأجزاء التناسلية والسيلان الذي يحصل عما قليل من الأيام ويكون
 مدعما غالبا كربه الرائحة لكن بالبحث الموضوعي يتأكد من هذا المرض
 وفي الأحوال التي فيها يكون سبب هذا الالتهاب الفرزج العظيم أو المنتن
 يكفي تبعيده واستعمال الحقن الفاترة ابشده ثم الباردة القابضة وكذا
 يزول هذا المرض بسهولة متى استؤصل بوليبيوس الرحم الممذ للهبيل عند
 عظيما واما الأحوال التي فيها يكون هذا المرض ناتجا عن سرطان متفرح أو
 ناصور مهبل فيقتصر فيها على استعمال معالجة مسكنة واما شكل هذا
 المرض الذي يطرأ أثناء سير الأمراض القهسية فيمكن فيه حفظ
 النظافة حيث انه يزوال المرض الأصلي يزول هذا المرض التاجي عادة



في امراض المجموع العصبي

(الفصل الاول في امراض الدماغ)

(المبحث الاول في احتقان الدماغ وأغشيته)

(كيفية الظهور والاسباب)*

طالما بقي الامر منبهما من كون الاوعية الدموية السكاينة في تجويف الدماغ توجد في الجثة تارة مملئة بالدم وتارة خالية عنه قبل ان كمية الدم المحتوى عليها تجويف الجمجمة المتعلق في كل شخص تام الفولاي يمكن ازديادها ولا تناقصها بل تكون دائما على حالة واحدة فلا يتصور حصول انيميا الدماغ او احتقانه الا اذا حصل تزايد في جوهرة أو تناقص فيه أعني ضخامة أو ضمور كانت هذه النظريات من جهة مؤسدة على اعتبار ان الدماغ عضو غير قابل للانضغاط أو بالاقول ليس قابلا لذلك من الضغط الذي يعتريه من مخصل الاوعية الدماغية ومن جهة أخرى على اعتبار ان هذا العضو منصرف في جدر غير قابل للتدد فعلى ذلك لا يمكن ان يهرع الى تجويف الجمجمة كمية من الدم الا بقدر ما يستفرغ منه والعكس بالعكس وخطأ هذا الاعتبار بين فانه مبني على ان ما احتوت عليه الجمجمة هو المياه الدماغية وجوهر الدماغ واهيته الدموية ومخصلها فقط بدون اعتبار السائل الفقري الدماغى فان هذا السائل الذى هو عبارة عن مجرد ارتشاح يمكن ان يتزايد أو يتناقص بسرعة أو يندفع الى القناة النخاعية التي هي ليست محاطة بجدر تامة الصلبة وفي الحقيقة يمكن بواسطة الصفات التشريحية التحقق من عدم التناسب دائما بين كمية الدم المحتوية عليها ووعية الدماغ وكمية السائل الفقري الدماغى بمعنى ان امتلاء ووعية الدماغ بالدم امتلاء عظيم يصعب تناقص في كمية السائل الفقري الدماغى السكاين تحت العنكبوتية والعكس بالعكس بمعنى ان فراغ الاوعية الدماغية من الدم يصطبغ بتزايد في السائل المذكور بحيث توجد حالات المنسوج الحاروي تحت المنكبوتية مملئة بكمية عظيمة من سائل مصلى وانما يمكن اذا كان الدماغ

في حالة ضغور أن يوجد مع امتلاء الاوعية الدموية أو ذيما في السحايا
الدماغية ويكفي أقل تناقص في متسع تجويف الجمجمة كما ينشأ ذلك عن
انسكاب دموى أو ورم في الدماغ أو تجمع مادة مصلية في الجيوب الدماغية
حتى يشاهد مع انقباض الدماغ جفاف في أغشيته وانحسار الميازيب بين
التعاريح الدماغية

ثم ان تقسيم احتقان الدماغ الى متعدى وقاصر أو الى تواردى واحتماسي
طبقا للتنمية المطردة مهم لامن حيثة سهولة الدراسة فقط بل من حيثة
الطب العملي أيضا فان كلاما من امراض هذين الشكلين يميز عن الآخر
فالاحتقان التواردى للدماغ ينشأ عن أسباب منها ازدياد فعل القلب وهو
وان نتج عنه ازدياد في امتلاء الشرايين لا بد وان ينتج عنه تناقص في امتلاء
الاوردية أيضا بحيث ان كمية الدم المحتوية عليها أووعية الدماغ ولغاثة لا تزداد
بازدياد فعل القلب لكن ازدياد الضغط الباطني في الشرايين يؤدي لازدياد
في امتلاء الاوعية الشعرية وبهذا الاخير يتعلق بقاء وظائف الدماغ
وتغذيته على الحالة الطبيعية وعدمه لا بكمية الدم المحتوية عليها بل بخلوع
الشرايين الدماغية وهذا الشكل من احتقان الدماغ يحصل وقياما من ازدياد
فعل القلب السليم وشدة انقباضه كما يشاهد ذلك في الاحوال الجمية
والتنيمات الجسمية والعقلية العظيمة ويكون اعتيادا عند ازدياد فعل
القلب الضخم وانقباضه لكن لا يحصل هذا الا متى كانت خضامة القلب
مرضا قائما بنفسه او انضمت لعائق دورى وصارت عظمة جدا زيادة عن
مكافأته لهذا العائق والاضامة البسيطة غير المضاعفة لا تحصل بكثرة
ولا تسكاد تشاهد الا عند اثر هين في الاكل والمشتغلين دائما بشغال
جسمية شاقة واما الاضامة القلبية العظيمة جدا الزائدة عن مكافأة
العائق الدورى المتضمنة اليه فكثيرة المشاهدة ومن هذا القبيل الاضامة
العظيمة للبطن الايسر عند عدم كفاية تغلق الصمامات الاورطية والاضامة
القلبية التي تصير احيانا عظيمة جدا المصاحبة لدا بر بكت ومنها ان
الاحتقان الدماغى التواردى ينشأ عن تناقص في قوة مقاومة الاوعية
الاتية بالدم الى الدماغ سواء كان التناقص وراثيا او عارضا ويقال على

الموم في الاشخاص ذوى الشرايين الدماغية القليلة المقاومة الرقيقة
 الجدر بحيث يكون عملها لضغط الدم المتزايد اقل من شرايين باقى اجزاء
 الجسم والذين يحصل عندهم احتقان دماغي تواردى شديد كلما ازداد عمل
 القلب ولو قليلا بانهم مستعدون للاحتقانات الدماغية بكثرة ومنها ان
 الاحتقانات الدماغية تحصل بكثرة من ازيد ادا الضغط الباطنى في الشرايين
 السباتية عقب عوق استفراغ دم الاورطى في الجذوع الاخرى الخارجة منه
 ووضح مثل ذلك الاحتقان الدماغى التغمى التواردى الجانبى الذى ينشأ
 عن تضيق الاورطى وانسداده في محل اتفتاح القناة الشريانية ليوثال
 وكثير اما يحصل هذا الاحتقان عقب انضغاط الابهر البطنى وتفرغانه من
 الاحشاء البطنية المتكددة او من وجود تجمع مصلى او انسكاب التهابى
 في تجويف البطن وهوق الدورة في سطح الجلد مدة دورة القشعريرة
 في الجينات المنقطعة وتأثير البرد الشديد في سطح الجلد يؤدي الى حصول
 الاحتقانات الدماغية التواردية التغمية الجانبية وذكر المعلم وستون
 ان كثير من الاشخاص ارباب الاشغال الشاقة يحسبهم العسس سكارى
 في الليالى الباردة فيقبض عليهم في الطرق وليسوا كذلك بل مصابون
 باحتقانات دماغية من تأثير البرد واضطراب الدورة الجلدية الناتج عنه
 وما يقرب للعقل ان المجهودات العضلية الشديدة ينتج عنها ازيد ادى امتلاء
 الشرايين السباتية واحتقانات دماغية تواردية تابعة بسبب ضغط
 العضلات المنقبضة على الاوعية الشعرية وهوق الدورة في الاطراف ومنها
 ان الاحتقان المذكور ينشأ عن شلل الاعصاب الوعائية في جدران وعية
 الدماغ فان التجارب الفسيولوجية دلت على ان قطع الجزء العنقى من
 العظيم السباتوى بعقبه تمدد في اوعية نصف الرأس المسامتة ويظهر ان
 لتعاطى المشروبات الروحية او بعض الموم وكذا الانفعالات النفسية
 والاخر اطم من الاشتغالات العقلية تأثيرا مماثل لما ذكر في اوعية الدماغ فانها
 تحدث تنوعا في التأثير العصبى الواقع على جدران الاوعية الشعرية فتزيد
 في اتساعها وبذلك يزداد توارد الدم الى الدماغ وبه توجه الظاهرة النادرة
 الحصول وهي موت بعض الاشخاص فجأة من شدة الحزن والفرح مثلا

وبالجملة فينشأ الاحتقان الدماغى التواردى من ظهور هذا العضو وسبب منع
فيما سياتى ان نوع هذا الاحتقان هو السبب في كثير من الغزقات الوعائية
الدماغية وفي أغلب نكسات السكتات الدماغية ومن الجائز ان الظهور
الحاد في الدماغ الذى يحصل مدة النفاثة من الامراض الثقيلة المستطيلة
والنقص الوعائى التالى هو السبب في حصول الاحتقانات التواردية
في الدماغ

وأما الاحتقانات الدماغية الاحتباسية فننشأ عن عدة أمور منها انضغاط
الاوردة الودجية والاجوفية العليا ووضوح شكل لهذا الاحتقان هو ما ينشأ
عن احتباس الدم في الدماغ عقب الخنق وزيادة عن ذلك فقد تنضغط
الاوردة الودجية بواسطة الاورام العرقية العظمية أو العقد الليفية
المتنفخة كما ان الوريد الاجوف العلوى قد ينضغط بواسطة انبرزم الاورطى
ومنها حصول الاحتقانات الدماغية الاحتباسية بواسطة مجهودات الزفير
الشاق جدا عند تضابق المزمار كما يحصل ذلك من السعال الشديد
أو الزحير العنيف أو التنفخ في آلات الموسيقى فانه بهذه المجهودات
يحصل هوق في استغراغ الدم في الصدر كما سبق ذكره مرارا فلا يرد
في الدورة الصغرى الا قليل من الدم فتتلى اوعية الدورة العظمى
وفي مثل هذه الاحوال يحصل احتقان عظيم جدا في الدماغ زيادة عن باقى
الاعضاء المشوبة للدورة الكبرى كالكبد والطحال والكليتين فان هوق
استغراغ الدم في الفصم العليا من الصدر يكون اعظم من استغراغ
من الفصم السفلى وزيادة عن ذلك فان الاعضاء الغدية البطنية بعثرها
نفس الضغط الواقع من انقباض العضلات البطنية التى يعترى اوردة
الصدر والقلب ومنها حصول هذه الاحتقانات من جميع آفات القلب
التى ينتج عنها تناقص في فعله وقوته ان لم تعجب بتغيرات مرضية ذات
فعل مضاد أو معادل لها ففي احوال عيوب معامات التباين البصرى
من القلب غير المتعادل وان لم تزد كمية الدم المحتوية عليها وعية الدماغ
وأغشيته لانه مع ازدياد امتلاء الاوردة تكون الشرايين قليلة الامتلاء
لابد ان يعوق امتلاء الاوردة استغراغ الدم من الاوعية الشعرية وبذلك

يحصل الاحتقان الشعري وهذا هو المهم كما ذكرنا وأشد الاحتقانات الدماغية في الدرجة ما ينشأ عن عيوب هامة التجاويف اليمنى من القلب اذ في مثل هذه الاحوال لا يحصل فقط مجرد هوق في استفرغ الدم الوريدي من الدماغ بل ان كمية الدم المحتوى عليها تجويف الجمجمة يتزايد جميعها ومنها ان حصول هذه الاحتقانات لا يندرج من انضغاط الاوعية الرئوية أو تلاشها في مثل هذه الاحوال الاخيرة التي تحصل عقب الانفراج الرئوية وسير وز الرئة والانسكابات البلورية العظيمة يسكن احتقان الدماغ مصاحباً لاحتقان غيره من الاعضاء الحشوية ومتعلقاً مثله بامتلاء او حية الدورة العظمى وفراغ الدورة الصغرى

وبالجملة فلنذكر شكلاً آخر من الاحتقانات الدماغية التي ليست صفاتها كباقي صفات الاحتقانات التواردية والاحتباسية ومعرفة هذا الشكل مهمة في الطب العملي وذلك لتجنب حصولها فمن يوجد عندهم تغير مرضي في الاوعية الدموية ومستعدون للاسكتة الدماغية اعني شكك الاحتقان الذي هو ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموي العام الوقي الحاصل من الاقراط في المطاع والمشارب

* (الصفات التشريحية) *

من العمر غالباً عند فعل الصفات التشريحية معرفة كون السحايا أو الدماغ وهي أشد عسراً هل كانت مملئة بالدم مدة الحياة زيادة عن الحالة الطبيعية أم لا فكثير ما يوجد في قوائم الصفات التشريحية خطأ بين من هذا القبيل فان اطباء القرون على الصفات التشريحية الذين لا يعتبرون الا الاوعية المملئة الموجودة في الاصفار المتصدرة من الدماغ بدون اعتبار سطح هذا العضو بما يظنون في شكل صفة تشريحية ان الدماغ وأغشيته في حالة احتقان كما انه لا يبعد الوقوع في خطأ آخر ولانه يتسلف فصل صفات تشريحية من الاطباء في جملة بعض الاشخاص الذين لم يتناقص منهم كمية الدم وتلاشي بواسطة الامراض الحية المستطيلة ولذلك يعتبرون ان كمية الدم الطبيعية الموجودة في الدماغ عند الموت الفجائي في بعض السليمين مرضية طبيعية وان احتقان الدماغ هو السبب في الموت وكلما كان انضغاد الدم

في الاوعية أقل وكان هر وعه نحو الاوردة مدة التزغ تماماً كان الوقوع في هذا الخطأ كثر حصولا فكثيرا ما يظن في مثل هذه الاحوال ان سبب الموت هو الاحتقان الدماغى أو الرئوى مع انه في الحقيقة هو شلل القلب او هوق دخول الاوكسجين في الرئتين ولاجل تجنب الوقوع في مثل هذا الخطاء الاخير ينبغي اعتبار كمية الدم المحتوى عليها باقى الجسم ومن جهة أخرى يعتبر احيانا لوجود أثر الاحتقانات الدماغية في الجنة مع انها ولا بد كانت موجودة مدة الحياة بل قد يوجد الدماغ في مثل هذه الاحوال باهتا خاليا عن الدم ولو ان سبب الموت فيها كان بلا شك هو الاحتقان الدماغى وذلك يحصل من الاحتقانات الدماغية التى فيها يوجد تمدد في الاوعية الشعرية من تيج الدماغ فان مثل هذه الاحتقانات يشتد خطرها بسبب الارتشاح المصلى الذى يحدث من جدر الاوعية وحصول الاوذىما الدماغية تبعاله وهذه الماثبة يمكن ان تنضغط الاوعية بحيث ينشأ عن ذلك انيبيا شريانية (أى قلة الدم الشريانى) عوضا عن احتقان الدماغ وهذا التوجيه وان كان نظريا الا أنه يمكن أن يضاهى ببعض أمور مما قد تشلا الانتفاخات الحبلية في بعض امراض الجلد (كالا نجرية) ليست النتيجة الاحتقان اسكن الاحتقان يؤدي الى حصول اوذىماى الجلد وهى تؤدي الى حصول الانيبيا فيه ولذا يكون الانتفاخ الحلى الجلدى أبيض اللون محاطا بهالة مخرمة

وفي أحوال أخرى تكون معرفة احتقان الدماغ سهلة فان كثيرا ما يشاهد في الاحوال الحادة منه لاسيما في الشكل الاحتباسى ان كلاما من جلد الرأس وقة الجمجمة محتويا على كثير من الدم وعند فصل قبوة الجمجمة من الام الجافية يسيل مقدار عظيم من الدم من الاوعية المفترقة والجيوب الدماغية تكون ممتلئة بالدم امتلاء عظيما ويوجد في الام الجافية احتقان عظيم ويكون لون العنكبوتية لبقيا عكرا او ميازيب الدماغ سطحية ضعيفة مملوءة باوعية الام الخنونة المحتقنة ولا يوجد في الهالات تحت العنكبوتية سائل مصلى و سطح الدماغ يظهر املس مستويا والاوعية الرقيقة للام الخنونة تسكون محتقنة وعند شق جوف الدماغ تظهر نقط دموية عديدة

تختلط ببعضها على سطح الشق والجوهر السحبابي للدماغ يكون أحمر داكنا مسمر أو بندران يظهر في الجوهر الأبيض للدماغ لعان حجر وأما احتقانات الدماغ المزمنة ففيها تمدد أو عنته تمدد مستمر فتوجد في سيرها متعرجة كثيرة التمدد وكذا الأوعية الشعرية توجد مدة أيضا عند البحث عنها بالسكر وسكوب وفي هذا الشكل كثيرا ما يكون الدماغ ضامرا وحينئذ يوجد فيه زيادة عن امتلاء أو عينه أو ذمما وتجمع سائل مصل في الهالات تحت العنكبوتية وهذه المشاهدة الرمية تشاهد بكثرة في المنهكين على السكر وتوجه بأنه عند ظهور هذا العضو يحصل ازدياد في السائل الفقري الدماغى حتى يملأ المسافات الخالية كما أن الاحتقان الدماغى المتردد يظهر أنه ينبج عنه نمو في القهبات الباكونية فتوجد تارة متفرقة وتارة مجمعة على هيئة تولدات مبيضة غير شفافة حبيبية في العنكبوتية وبالخصوص على جانبي الجيوب المستطيلة وهذه القهبات بضغظها على الام الجافية يمكن أن تبعدا اليافها عن بعضها وتثقبها وباستمرار بضغظها يمكن أن تحدث ظهورا في العظام وحينئذ توجد مججمة في انبعاجات العظام الجمجمة وهذه القهبات تتركب من منسوج خلوى وتحتوى أحيانا على مواد دهنية وإملاح كلسية

* (الاعراض والسير) *

ينبغي قبل شرح مجموع اعراض الاحتقان الدماغى الالتفات لعدم الوفوع في الخطا المنتشر المضر بالمرضى هو أنه في جميع الاحوال التى تسكون فيها وظائف الدماغ مضطربة وليس هناك تغيرات مادية ثقيلة في هذا العضو تنسب فيها تلك الاضطرابات الوظيفية لاحتقان الدماغ (أو لانميته)

فلا اضطرابات الثقيلة لوظائف الدماغ في الاحوال الحمية مثللا تتعلق ولا بد باحتقان دماغى تواردى ناشئ عن ازدياد فعل القلب بل تتعلق ولا بد كما ذكرنا ما بارتفاع درجة حرارة الدم الموجود في أوعية الدماغ واما باختلاط بواد غريبة (اعنى سوء الاخلاط الحمى) الذى هو نتيجة ضرورية لازدياد التحلل العنصرى في المنسوجات الحاصل في أثناء الحمى الشديدة فانه من المعلوم انه في أحوال الحيات الضعيفة التى فيها ترتقى حرارة الجسم

وتولدها الى أعلى درجة مع ان حركات القلب وان كانت سريعة الا انها تكون ضعيفة ولا يوجد احتقان دماغى تواردى حيث تدوي أكثر الهذيان ونحوه من الاضطرابات الثقيلة لوظائف الدماغ

وكذا اعراض الشمس اعنى تأثير حرارة الشمس على الرأس لا تتعلق تبعا للتجارب التى فعلت فى المحاربة الأخيرة بين البروسيا وفرنسا وتبعها لتجارب المعلم أوربيرير باحتقان دماغى فائى عن تأثير اشعة الشمس على الرأس كما كان يظن سابقا فان اعراض المرض المذكور عبارة عن شلل فجائى فى جميع وظائف الدماغ أو تدريجى وفى الحالة الأخيرة يسبق علامات الشلل هيجان أو هذيان أو غيرهما من اعراض التهيج الدماغى وقد تحققت فى مناطق بلادنا بالاعل ان تأثير الأشعة الحارة للشمس لا تكفى بانفرادها فى احداث هذه العوارض الثقيلة وانها لا تظهر الا متى كانت الأشخاص المصابة بها عرضة فى الايام الحارة لمناخ جسمية عظيمة لاسباب متى لم يحصل عندهم عرق قام بسبب قلة تعاطى كمية كافية من السوائل فى الجائز القول بأنه فى مثل هذه الاحوال لقلة انتشار الحرارة وتشتتها بسبب درجة الحرارة المرتفعة للهواء المحيط وازداد تولد الحرارة فى الجسم بسبب المجهودات العضلية وبتناقص تبريد الجسم الحاصل بواسطة التبخير الجلدى يحصل ولا بد ارتفاعا فى حرارة الجسم ارتفاعا زائدا عن الحد الذى لا يمكن استمرار الحياة وأما امتلاء الاوعية الوريدية للمصاب الذى يوجد حقيقة فى جثة الهالكين بالشمس فقد يئناه فيما سبق

وبالجملة فلا تتعلق بالسكية اعراض التسمم الحاد الالكولى وكذا التسمم الحاد بالافيون ونحوه من المخدرات ولوان الدماغ فى مثل هذه الاحوال يكون محتقنا بامتلاء دوى فى الاوعية وغاية ما هنالك أنه لا يتعلق به الا البعض منها والظاهر ان ذلك ينعكس بالنسبة لظواهر المرضية الناشئة عن الافراط المستمر من المشروبات الروحية ومن الجواهر المخدرة الذى ازداد جدا من منذ ظهور الحقن تحت الجلد بالمرفق فانه فى مثل هذه الاحوال يكون ولا بد للاحتقان الدماغى أهمية عظيمة زيادة عما يحصل فى اعراض السكر والتسمم الحاد بالافيون

ثم ان اعراض الاحتقان الدماغى تظهر احيانا باعراض ثوران وآزد يا دفى
قابلية تنبيه الالياف العصبية والخلايا العقدية للدماغ وتنبيهها تنبيه اعراضيا
أعنى بظواهر تهيج وتارة تظهر بظواهر تماقص أو فقد فى قابلية تنبيه
الاجزاء العصبية المذكورة أعنى بظواهر الخمود والشلل وفى الغالب تنسج
اعراض التهيج اعراض الخمود وفى احوال أخرى قد تفقد الاعراض
الاولى بالسكية فتنظر من الابتداء اعراض الخمود ويعتبر عادة ان اختلاف
هذه الاعراض متعلق باختلاف درجة الضغط الذى يعترى الدماغ من جهة
الاووية الكثيرة القندد أو القليلة كما يشاهد ذلك مثلاً فى الاعصاب الدائرية
فان الضغط الخفيف عليها يحدث فيها تهيجا والضغط الشديد يحدث فيها شللا
ويظهر أن هذا التوجيه صواب بالنسبة لحصول ظواهر التهيج فقد دلت
التجارب على أن بعض الاعصاب التى تمر من قنوات عظمية معصوبة بأوعية
دموية تقع فى حالة تهيج مرضى عند امتلاء تلك الاوعية فالاعصاب
الدماغية المحاطة بالام الجافية وعظام الجمجمة تكون فى حالة مشابهة لذلك
بالسكية عند زيادة امتلاء الاوعية الدماغية بحيث تكون كالاعصاب
النافذة من قنوات عظمية متى كانت الاوعية الدموية المصاحبة لها مثقلة
بمخلفات توجيه ظواهر الشلل بارتقاء الضغط الباطنى الوعائى فانه يظهر
غير صواب فان هذا الضغط الذى يعترى الدماغ ولو فى الاحوال الثقيلة
جدامن الاحتقان لا يصل الى درجة الضغط الناتج عنه شلل فى أحد
الفروع العصبية الدائرية وقد قيل لتعريض هذا الرأى ان الضغط خارج
الاووية الذى يكاد لا يكون أعظم من الضغط الباطن المحدث له الانسكابات
الدموية الصغيرة فى الدماغ ينتج عنه كذلك شلل لكن منذ كرفه سياسا فى
ان النسبة السكية فى التزيف الدماغى لاتتعلق مطلقا بضغط الدماغ
ورضه بواسطة الانسكاب الدموى بل اقرب للعقل ان ظواهر الخمود
والشلل فى الاحتقانات الدماغية الشديدة تنشأ عن هوق أو امتناع ورود الدم
الشريانى الكثير الاوكسجين للالياف العصبية والخلايا العقدية للدماغ فان
هذا هو الشرط الضرورى لتنبيه المجموع العصبى بتمامه وفى الاحتقانات
الاحتباسية يكون استقراغ الدم الوريدى من الدماغ معوقا ومن الواضح

انه مع امتلاء الاوردة لا يمكن هروء دم شرياني جديد في الاوعية الشعرية والقول بان اعراض الاحتقان الدماغى تشابه بالكلية اعراض انيميا هذا العضوفيه محضة بالنسبة للاحتقان الاحتياضى للدماغ وانيميا هذا العضو وتوجيه هذا التشابه واضح فانه في كلتا الحالتين يمتنع ورود دم شرياني جديد نحو الدماغ واما توجيه ظواهر الشلل التى تشاهد أيا فى الاحتقانات التواردية الدماغية فلا بد فيه من الالتجاء للنظريات القائلة بأنه يحصل فى أنسائها أو ذيمادماغية تابعة وبذلك يحصل فى الدماغ حالة مخالفة لحالة الاحتقان الموجود ابتداء أعنى انبعاث شعريه واعراض الاحتقان الدماغى تتنوع تنوعا عظيما بحسب كون ظواهر تخرج الدماغ أو شله تكون قاصرة بالاكثر على الحساسية أو الحركة أو الوظائف العقلية ولا يمكن توجيه هذا الاختلاف توجيها كافيا بوجه ما

ثم انه يعدم من جملة ظواهر التخرج فى الحساسية الم الرأس وازد ياد قابلية التنبيه بواسطة المؤثرات الحسية والادراكات الذاتية البسيطة فى الحواس فاما الم الرأس الذى هو ظاهرة كثيرة الحصول جدا فى جميع أمراض الدماغ ويصعب غالباً احتقان هذا العضو فهو عرض غير التوجيه حيث لا يعرف ان كان يتبوعه من مركز ياعنى حاملا فى اجزاء الدماغ التى ينتج فقط عن اصابتها الجرحية ظواهر الم فى الحيوانات الفاقدة الاحساس بالكلية عقب قطع النصفين الكريين العظيمين المفقودى الحساسية بالكلية او بان كان متعلقا وهو الاقرب للعقل بتجريب الالياف العصبية للتوايح الثلاثى المتوزعة فى الام الجافية وأما ازد ياد قابلية التنبيه بالنسبة للمنبهات الحسية فينتج عن ارتفاع قابلية تنبيه اجزاء الدماغ المحقنة التى بواسطتها تدرك المنبهات الدائرية وتصل الى قوة الادراك فان المرضى لا يزداد احساسهم وبصرهم وشمهم ودهمهم عن العادة غير انهم يضطربون ويتألمون من تأثير المنبهات على أعضاء الحواس ولو كانت أقل قوة من المنبهات التى لم تنزع منها فى حالة الصحة وكما ان كلام من الفرع من الضوء وزيادة تأثيرهم من اللغط والضغط الذى يشاهد فى الاحتقانات الدماغية يعتبر من جملة ظواهر ازد ياد قابلية تنبيه الدماغ فكذلك تعتبر الظواهر الحسية التى تحس بها المرضى بدون تأثير

منبهات طبيعية ظاهرة من هذا القبيل كروية الشرر امام العين أو البرق
وطنين الاذنين والاحساس بالالم غير المحدود وتعمل الاعضاء فان ذلك يعتبر
ثورا من ضياع حساسية الاجزاء المدكورة وأما ظواهر التهييج في الحركة فمما
اضطراب الجسم والقلق والفرع الفجائي وحركات الاطراف غير الارادية
واصططكاك الاسنان والصرع يحدون هيئة التألم وتقلص بعض العضلات ثم
التشنج فان هذه اعراض تشاهد بكثرة سيما في الاطفال المصابين باحتقانات
دماغية فاما الاعراض المدكورة أولا سيما القلق والضرع في الفراش فلا
يعرف ان كان ناقجا عن ازيد تدبيره اجزاء الدماغ التي بواسطتها يحصل انتقال
التاثير المحرك الى اعصاب الحركة والعضلات وبه تتم حركتها أو بان كان يحصل
من أحوال تهيجات مرضية في أعضاء الادراك لكن لا يشك في كون
التقلصات العضلية والتشنجات المنتشرة غير المتعلقة بفعل الارادة تنج
ولا بد عن تدبيره مرضي في المراكز الدماغية المحركة ومن المستغرب كون
التشنجات العامة التي تظهر في الاحتقانات الدماغية وغيرها من امراض
هذا العضو وكذا في الصرع والا كما مبسلا لا تصطبغ بغيرها من ظواهر
التهييج في هذا العضو بل عكس ذلك بظواهر شله سيما فقد حساسة الادراك
وكيفية حصول التشنجات العامة مع اصطحابها بظواهر شلل لم ترل منبهمة
ولو فعل كثير من الفسيولوجيين تجارب مفيدة في هذا الخصوص وأما ظواهر
التهييج التي تحصل في الوظائف العقلية وثورانها فمما تقلب المرء وعدم
الانتظام في التصورات بحيث لا يمكن التصور الواضح البين وينضم لتقلب
التصورات غالباً تصورات منعكسة مخالفة للحقيقة بالنسبة للشخص نفسه
وللكائنات المحيطة به وهذا هو الهذيان

وبعض الهذيان كثير ما يشتد ويتضح اتضاحاً عظيماً بحيث لا يمكن المرضى
تمييزه عن متحصل التصورات الحقيقية وبذلك يحصل الهوس والقتيل فالاول
عبارة عن تصورات هوسية يزعم انها نتيجة ادراكات لا واسطية بدون وجود
موضوع ظاهر لذلك التصور مطابق للتصور الحقيقي فالمرضى تزعم رؤية
حيوانات واجسام تصورية او انها تسمع باصوات حالة السكون التام وأما
الثاني اى التخيل فهو عبارة عن الخطأ في تصور امر أو جسم له وجود في

الحقيقة فالامور الواهية جدا يمكن مع وجود التخيل ان تصبح مفزعة مهولة
للمرضى المعتريهم احتقان في الدماغ لاسيما الاطفال واما الدوران اى الدوخان
فانه عبارة عن حساسية شديدة بقهر يك الجسم أو المواد المحيطة به وهذه
الحركة تحس بها المرضى مع كونهم في الراحة والسكون بل وجميع ما لحاط
بهم ومن اعراض الثوران لقابلية تنبيه اجزاء الدماغ المنوطة بالوظائف
العقلية الارق واضطراب النوم باحلام مزعجة فان هذه ظواهر تشاهد
بكثرة جدا في احتقان الدماغ

وأما ظواهر الخمود والشلل في دائرة الحساسية فنها فقد الحساسية وعدم
الناتر من المنبهات الظاهرية كالضوء الشديد واللفظ القوي وعدم ادراك
المنبهات الخفيفة وذلك يدل على تناقص قابلية تنبيه العقد والالياف
العصبية التي مما يقتل تأثير المؤثرات الخارجية الى قوة الادراك وبارتقاء
ضعف الاحساس الغير التام الى درجة فقد الاحساس الدماغى التام
لانحس المرضى بالمنبهات ولو الشديدة وأما ظواهر الخمود في دائرة الحركة
فنها عموما اجراء الحركات وبطؤها بحيث تصير اطراف المريض ثقيلة
كالراسص وعند فقد قابلية تنبيه هذه الاجزاء تفجر المرضى عن الحركة
الارادية فتشل وعند تناقص قابلية تنبيه العقد والالياف العصبية المنوطة
بالوظائف العقلية تصير المرضى في حالة عدم ادراك لما يحيط بهم فتضعف
تصوراتهم ويحصل لهم ميل للنعاس بعسرا يقاتلهم منه أو يتعلم بالسكابة
وعند ارتقاء هذه الحالة يفقد الادراك بالسكابة

وكذا الحركات التي يكون تنبيهها من الدماغ ولو بغير الارادة يحصل فيها
اضطراب غير طبيعي في احوال الاحتقانات الدماغية ففي احوال التبرج
مثلا تكون الحدقة منقبضة لان العصب المتحرك للقلبة يكون في حالة تنبيه
زائد وأما في احوال ظهور اعراض الخمود والشلل فتكون الحدقة ممددة
بسبب تغلب الياف العظم السباتوى على القرنية وانفرادها في التأثير
وكذا ارتقاء تنبيه العصب المخير ينتج عنه بطء في ضربات القلب
كما ثبت ذلك بالتجارب الفسيولوجية كما ان الشلل الدائري لهذا العصب
ينتج عنه سرعة في ضربات هذا العضو كالتى تشاهد عقب قطع العصب

المذكور في الحيوانات وفي احوال شلل الدماغ تصير حركات التنفيس
بطيئة جدا عميقة ثم يقرن وان لم تتعرض لتوجيه ذلك الا انما ذكر أنه
عقب قطع العصب الرئوي الممدى من الحيوانات لا بد وان يحصل ببطء في
حركات التنفس مع غيرها من الظواهر وبالجمل فليذكر هنا ايضا ان من
اعراض التبرج الدماغى القى وهو عرض كثير الحصول جدا في احوال
تبرج الدماغ ومهم في تشخيصه والتغيرات الحاصلة في الاعضاء المركزية
التي بها تحصل حركات القى وان كانت مجهولة الا انه من المعلوم ان احداث
القي بالمساعدة ممكن في الحيوانات بواسطة قطع العصب الرئوي الممدى
وتبرج طرفه المركزي بعد قطعه

ثم ان علامات انتبه المرضى المذكورة وازدياد تناقص وانطفاء قابلية
تنبيه الدماغ التي توجد في كثير من غير هذا المرض من امراض الدماغ
تشاهد بصفات مختلفة في الاحتقانات الدماغية وكان ينبغي عند الكلام على
التشخيص الاعامة على الوجود المستمر لهذه الظواهر الناشئة من ازدياد انتبه
المرضى للخنخاع المستطيل مع فقد الادراك أعنى مع الظاهرة الدالة على
انطفاء قابلية تنبيه أخلية عقدية والى ان عصبية أخرى مركزية تضيق
ولا بد الى ذلك انه لا يندر ايضا وجود مضاعفات أخرى من ظواهر تبرج
وشلل في الاحتقانات الدماغية فترى مثلا تعمير حركات بعض المرضى
او تعذرها بالسكينة مع وجود ظواهر تبرج في الوظائف العقلية فيشتكون
بالآلام الى الراس وشرا امام الاعين ونحو ذلك من ظواهر التبرج ولذلك ترى
انه وان امكن من صفات الحدقة وبطء النبض أو سرعته معرفة حالة الاعضاء
المركزية العصبية والاعصاب الناشئة منها لا يمكن الحكم على حالة تنبيه بقية
اقسام الاجزاء الدماغية واختلاف الصورة المرضية في هذا المرض الناشئة
عن اختلاف اجتماع الاعراض عظيم جدا حتى ان اندر ال قسم مجموع
اعراض احتقان الدماغ باعتبار وصفه الى ثمانية اشكال لكننا لانصف
الا الرئيس منها فنقول

انه في كثير من احوال الاحتقان الدماغى تكون اضطرابات الحساسية على
صفة التبرج هي الاعراض الواضحة فيشاهد في مثل هذه الاحوال تشكى

المرضى بثقل الرأس وآلام مختلفة الشدة كثرة وقلة وتتناثر جدا من الضوء الشديد واللعط وروى شررا أمام أعينهم ويحسون بطنين في آذانهم ويحصل لهم أرق أو يتعسر نومهم ويضطربون بأحلام مزعجة وعند اشتداد المرض يحصل دوار واحساس بتنمل في الأطراف ويحمر الوجه والمنطقة غالباً ويكون النبض ممتلئاً سريعاً ومع ذلك لا ينبغي القول بأن هذه الظاهرة من الأعراض الملازمة فإنه في الأحوال الثقيلة الخطيرة من احتقان الدماغ خصوصاً ما ينبع عن استرخاء جوفه وتعدد أوعيته الشعرية لا تكون كمية الدم في الأجزاء الظاهرة من الرأس مطابقة لكمية الدم المحتوى عليها الدماغ فالتصمة هؤلاء المرضى لا تكون على الدوام محترقة وجوفهم متقدة بل باهتة والأعراض المذكورة لا تستمر غالباً إلا بعض دقائق أو ساعات إلا أنها قد تستمر أحياناً بعض أسابيع بل أشهر فإنه يكفي عند المرضى مثلاً تعاطي قليل من ككوبات النيك أو القهوة الحارة حتى تظهر علامات احتقان الدماغ فيهم كما تزول بسرعة عند الراحة وتجنب المؤثرات المضرة مع التدبير اللطيف ويقون مصانين مما ذكر

وأما أعراض احتقان الدماغ في الأطفال الذين يتضح فيهم اضطرابات الحركية كظواهر مشابهة تامة بأعراض التهاب العنق وكثيراً ما يلبس أن بعضهم ولا يميز أن الالتهاب سبب المرض فمثل هؤلاء الأطفال يعتبرهم مدة بعض أيام أمساك وقلقي واضطراب الأسنان مدة النوم أو أحلام مزعجة فيستيقظون مرعوبين ويرزول نومهم ثم يحصل عندهم قيء وبشاهد عندهم ضيق في الحدة وانقباضات تشنجية في أطرافهم وهذه الظواهر غالباً تكون سابقة لعوارض شديدة خطيرة للغاية فإنه يعقبها التشنجات العامة النادر حصولها بدون أن تسبقها ظواهر وفي أحوال نادرة تشاهد هذه التشنجات بدون ظواهر سابقة وتكون هي العرض الابتدائي لاحتقان الدماغ الشديد والانقباضات التشنجية تبتدئ بأحد الأطراف أو بأحدى صفحتي الوجه وعماق قليل تمتد إلى جميع أجزاء الجسم وتتعاقب أحياناً الحركات التشنجية المتقطعة بانقباضات تشنجية مسقرة أو أن بعض العضلات خصوصاً عضلات العنق تنقبض انقباضات تيتانوسية مسقرة وعضلات الوجه والأطراف تتعاقب فيها الانقباضات التشنجية ولا تستيقظ الأطفال من الداء ولا من

تأثير المؤثرات المهيبة على الجلد ويغطي الجلد بالعرق ويتسرخ البطن
انتفاخا طليبا ويتعذر التنفس ويسيل اللعاب من الفم على هيئة الزبد بسبب
الحركات المستمرة لعضلات المضغية واحيا ما يحصل انقطاع في شدة
الانقباضات التنفسية فيظن ان النوبة قد انتهت لكن بعد هذا الانقطاع
بقليل تاخذ الانقباضات التنفسية في الشدة ثانيا وبهذه المثابة يمكن ان تمتد
نوبة هذا المرض في الاحوال الثقيلة عدة ساعات ومع ذلك ففي غالب
الاحوال تنتهي بعد نصف ساعة او ساعة وحالة مثل هؤلاء الاطفال وان
كان لها تأثير مفرع للغاية على العوام (ويسمونهم في اقليمنا بالقرينة) وكذا
الاطباء غير المتربين الا انه ينبغي الحكم على ان طاقبتها جيدة متى امكن نفي
وجود التهاب السحايا وهذا يمكن القطع به مع التأكد فان التهاب
السحايا التقيحي مرض نادر على العموم كما سنبينه فيما سيأتي ولا يحصل
للاطفال السليمين من قبل بدون جرح في الرأس او مرض في عظام الجمجمة
الا في احوال استثنائية والالتهاب السحائي الدرني لقاعدة الدماغ وان
كان كثير الحصول وتبدئي مشاهدة الطبيب له بعد التشخيصات في الاطفال
المرضة الا انه بالسؤال والدقة يتحقق من وجود نحو كفة قديمة وبعض
اعراض اخرى سنذكرها تكون سبقت نوبة التشخيصات لكن لم يلفت اليها
ولم يعتن بها اهل الاطفال فان كان الطفل قبل نوبة التشخيصات يوما سليما وليس
عنده سوى علامات الاحتقان الدماغى ولم يعثره جرح في الرأس ولم يكن
عنده سيلان اذنى تاكد الطبيب من حصول التحسين للطفل في اليوم
التالى والشفاء التام وتعقب النوبة عادة بنوم عميق يستيقظ الطفل
منه في حالة تعب لكن ليس عنده عرض من الاعراض الخطرة وكثيرا
ما يشاهد الطبيب في كل سنة احوال امن الاحتقانات الدماغية تسير سيرها
مطابقا لما ذكرناه ولا يندران تصاب جملة اطفال من عائلة واحدة بنوب
التشخيصات المذكورة او يصاب بها الطفل مرارا متوالية ومن النادر جدا
ان ينشأ عن ذلك صرع انما يمكن ان ينشأ عن الاحتمالات المتكررة
استسقاء دماغى من من كما سيأتى

وهناك شكل ثالث من الاحتقان الدماغى فيه تنضج اعراض اضطراب

القوى العقلية بدرجته عظيمة جدًا بحيث لا يعرف هذا المرض ويظن مع الاضرار بالمرضى ان عندهم نوبة ما يقوليا أوجنون فيحصل لهم في الاول بعد ألم الرأس واضطراب الحساسية والارق احساس بضجر وتعب ولا يصبرون على المكث في محل واحد بل ينتقلون من محل الى آخر مع الحيرة والقلق ويحصل لهم اضطراب عظيم وتامسف شديد من اقل شئ وينضم لذلك هذيان ناشئ من شدة التفكير لما هو حاصل لهم وفي الابتداء يكون لهم قدرة على دفع هذا الهذيان عارفين به فيفسر عيون من ذلك فزعاعظيما ظنا منهم انه سيحصل عندهم جنون والارق في مثل هذه الاحوال كثير اما يبلغ حده بحيث ان استعمال المخدرات المضرة جدا التي يستعملها بعض جهلاء الاطباء لا يشر أو يعقب تعاطيها نوم مضطرب تستيقظ منه المرضى على حالة اشتداد جميع الاعراض فيهم وفي هذا الشكل من الاحتقان الدماغى الذى يحصل من الافراط فى الاشتغالان العقلية غالباً يوجد عند المرضى مرة النبض وغيره من الظواهر الحية لسكنه فى هذا الشكل الذى فيه احتقان الدماغ يكون عظيمًا جدًا لا يوجد احتقان فى جلد الرأس كما متقان الدماغ فلا يكون لون المرضى محمراً بل باهتاً ويحصل عندهم من الحركة الحية والارق ضعف فى القوى وتحافة ويمكن ان يهلك المريض من هذا المرض ان لم تسعفه العناية بطبيب حاذق لما انه يحصل محل الهيجان هبوط وانحطاط ومحل الارق نوم عميق لا يستيقظ منه بل ربما يهلك ومن النادر ان يخلف ذلك اضطرابان عقلية مستمرة

وفى الحالة الثانية قد يظهر هذا الشكل من الاحتقان الدماغى عند بعض الأشخاص الذين يتضع فيهم اضطراب الوظائف العقلية فيظهر بنوب جنونية وهذيان وهذا الشكل يشاهد بكثرة عقب تاثير الاشعة الشمسية القوية او الحرارة الشديدة على الرأس وبالحصوص عقب الافراط من المشروبات الروحية لا سيما عند من يتعاطى قليلاً طول السنة ثم يفرط دفعة واحدة افرطاً اثناء عن الحد ولا يلتبس هذا الشكل بنوبة ارتعاش السكرى الهذيانى فان هؤلاء يكونون فى حالة ارق شديد ويرعون ويضربون وبعضون من امسك بهم ويقدون ويقطعون جميع ما يلقونه ويبكون أو يصنعون

أويغنون وينعم لذلك هذان مختلف الشكل وفي الغالب مثل هؤلاء يظن
أنه مظلوم ويظهر غضبا لمن يتوهم فيه أنه تسبب في ظلمه ويحصل لهم بسبب
الجهودات العضلية القوية عرق وتسرع ضربات القلب والنبض وتقوى
ويتقد الوجه غالباً وهذا الشكل خطر جداً لم يعرف ويعالج بما يليق به
فر بما عقبه نوبة أشبه بالكتة الدماغية القتالة أو احتقان دئوي شديد يصعبه
أو ذيما ثورية يهايموت المريض فجأة وقد وصفها المعلم اندرال حيث قال ان
بعض أرباب السن المتوسط يصبح ويصرخ عدة ساعات بلا انقطاع فيزعج
المرضى حوله ثم يسكت فجأة فلا يسمع له أدنى صوت والبحث عنه يوجد ميتاً
فهذا الموت اسرع من الموت بالصاعقة وعند فتح الجثة لا يوجد فيه أدنى
تغير سوى احتقان شديد في جوهر الدماغ

ولذلك شكلاً آخر من الاحتقانات الدماغية تظهر فيه اعراض الخمود
والشلل فجأة وله شبه تام بظهور السكتة الدماغية فلا يميزان مع التأكد
غالباً عن بعضهما وفي بعض الاحوال تسبق نوبة هذا الشكل بزمان متفاوت
بالم في الرأس واضطراب في الحساسية ودوار وارق واضطرابات عقلية وفي
أحوال أخرى يحصل احتقان الدماغ فجأة بدون اعراض سابقة فيحصل
للريض دوار فيزيد وربما كان امام عينيه ويزل ادراكه ويقع على الارض
مع حصول تشنجات أو بدونها ومثل هذه النوبة التي فيها تزلوظات في
الدماغ وتنطفي بالكلية يمكن ان يؤدي للموت عقب امتداد شلل الدماغ الى
المجموع العصبي الغذائي لكن الغالب ان يستيقظ المريض بعد زمن
متفاوت الى نفسه اما بتذكار خفيف لما حصل له أو بدونه وهذه النوب
السكتية الشكل التي تحصل في اثناء سير الاحتقان الدماغى يظهر انها
مثل النوب الصرعية السابق ذكرها المطابقة لها بالنسبة لفقد الحساسية
الدماغية وشكل الوظائف العقلية تنتج اما عن عوق استقراغ الدم الوريدي
أو حسن الاوديما الدماغية التابعة اذ بكتاها تين الحالتين يتعذر هروغ
الدم الشرياني الكثير الاوكسيجين الذي هو الامر الضروري في
حفظ قابلية تنبيه الدماغ والمجموع العصبي بتمامه وذهب المسلم ترويه
الذي ينسب النوب الصرعية الشكل التي تحصل في اثناء سير داء بريكت الى

الاوذيميا الدماغية الى ان الاوذيميا القاصرة على احد النصفين الكريبيين
العظيمين تحدث فقط فقد الادراك وأما الاوذيميا الممتدة على هذين النصفين
والاعضاء المتوسطة من الدماغ فانها تحدث فقد الادراك والتشخيص معا ولا
تتعرض للبصير في تلك النظريات فهي وان كانت قريبة للعقل الا انه ينافي
صحتها ان كل تغير مرضي يحدث لانضغاط في الاوردة الشعرية بواسطة
ارتشاح مصلي يكون محدثا للشلل متى أثر على النصفين الكريبيين العظيمين
وذاتاً غير مهيج حتى أثر على الاجزاء المتوسطة من الدماغ ومن المستغرب
ان يخلف ثوبه هذا الشكل شلل نصفي جانبي مستمر مدة أيام ثم يزول
بدون أثر فان هذا الشكل ان كان نتيجة الضغط الذي يعترى الدماغ
من جهة الاوعية المتعددة لا يتضح بالكلية توجيه كونه نصفياً جانبياً فان
الاحتقان الدماغى وان امكن أنه اشد في جهة عن الاخرى لكن الضغط
الذي يعترى الدماغ لا بد وان يصحكون مستويي الجبهتين تقريرا لان
التوزن لا يتم في مسائل أومادة رخوة سهلة التحرك والتزحزح الا اذا كان
الضغط الذي يقع عليهما على حدسوا فقايتما هناك يمكن الظن بان شراسة
الدماغ تبقى بدرجة معلومة احد نصفي هذا العضو من ضغط الآخر اما اذا
كان الشلل ناشئاً كما ينظر من الاوذيميا فمن الواضح حينئذ توجيه حصول
الشلل الجانبي في الدماغ اذا كان كل من الاحتقان والاوذيميا اشد في جهة
من هذا العضو عن الاخرى كما أنهم الواضح أيضاً ان يزول الشلل
بالكلية ولا يبقى له أثر عقب زوال الاوذيميا بخلاف ما اذا حصل عقب
الانسكاب الدموية التي بها ينشك بعض الياف من الجوهر اللي فانه
لا يزول بالكلية مطاقا

(المعالجة)

كل من الاستفرافات الدموية العامة والموضعية والوضيعات الباردة على
الزئس والتعويل على الجلود والقناة الهضمية وان كان ممدوحا جدا في معالجة
الاحتقانات الدماغية الا انه لا يجوز دائما انتخاب احدى هذه الوسائط بدون
تبصر أو استعمال جميعها في آن واحد فانه لا يوجد مرض من الامراض
فيه ينبغي زيادة الاحتشاق اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية مثل

الاحتقان الدماغى ففيه ينبغى زيادة الاعتناء باعتبار السبب الذى أحدثه
 عند انتفاخ إحدى الوسائط العلاجية التى تستدعيها طبيعة المرض نفسه
 فى أشكال الاحتقان الدماغى التى فيها يحدث كل من ازدياد مجهودات
 القلب وقلة مقاومة جدر الأوعية الشعرية احتقانا توارديا نحو الراس ينبغى
 اتباع التدبير العلاجى الذى ذكرناه فى معالجة الاحتقان الرئوى التواردى
 الاعتيادى فإن لوحظ حصول اعراض خطيرة ينبغى فعل الفصد العام الذى
 لا يمكن ان يقوم مقامه فى مثل هذه الاحوال الوضعيات الجليدية على الراس
 والاستفرغات الدموية الموضعية بإرسال العلق خلف الأذنين ونحوها

وأما إذا كان الاحتقان الدماغى التواردى تفعيلا جانيا فينبغى قبل كل شئ
 تبعيد العوائق الدورية التى ينتج عنها ازدياد الضغط الجانبي فى الشرايين
 السباتية فإن استفرغ المعاء واطلاق البطن بالمينات أو الحقن المسهلة
 المتخذة من الماء والخل له تأثير جيد للغاية عند الكهول إذا اعتبر أهم احتقان
 الراس عقب الامساك وحصل لهم طنين الأذنين ودوار ونحو ذلك كما أنه
 كذلك جيد عند الاطفال الذين ينضم عندهم للامساك تشجات ونحو ذلك
 فلا يمكن استعاضة هذه الوسائط فى مثل هذه الاحوال بواسطة علاجية
 أخرى لكن إذا لم تكف هذه الوسائط وظهرت اعراض الحمود وغيرها من
 العوارض التى يفتش منها ينبغى استعمال الاستفرغات الدموية بقصد
 البالغين وإرسال العلق خلف الأذنين للأطفال

وتختلف المعالجة بالكلية إذا كان الاحتقان الدماغى ناشئا عن الافراط من
 المشروبات الروحية أو الجواهر المخدرة أو تأثير الحرارة أو الأشعة الشمسية
 فى الراس أو الانفعالات النفسية الشديدة فى مثل هذه الاحوال لا فائدة
 فى الاستفرغات الدموية العمومية بل كثيرا ما يكون الفصد الرئوى العظيم
 مضر أجدل الواجب هنا استعمال التبريد على الراس لأجل انكماش
 المنسوجات وتلطيف تمدد الأوعية الشعرية وذلك بواسطة مثانة مملوءة بالجليد
 أو برفايد توضع على الراس مبتلة بعد وضعها تحت صندوق من الثلج مملوء
 بالجليد والمخ حتى تجمد فى مثل هذه الاحوال يسوغ أحيانا استعمال
 الوسائط المحولة التى بها يقصد إزالة الاحتقان التواردى نحو الدماغ

بأحداث توارد دموى نحو الجلد والقناة المعوية والاعضاء التناسلية أو
المستقيم فقد دلّت التعاريف على أنه يحصل تلطيف عظيم في هذا الشكل
بواسطة المعالجة المذكورة والوسائط الأكثر استعمالاً في ذلك هي البرزخ
القديمة المهيبة وما كان منها مأخوذاً من الماء الجليدى الذى يضع
المرضى فيه قدميه برهة صغيرة أجود من الحمامات القديمة الغائرة المضاف
إليها الخردل أو تراب الفحم أو الملح وفى الأحوال الحادة تستعمل الحرا رقيق
على القفا وفى المزمرة الجصة فى الذراعين وهى وإن كانت وسيلة قديمة إلا أنها
شاهدنا منها نجاحاً عظيماً أراها بالجلطة تستعمل المسهلات الشديدة والمفضل
منها فى الأحوال الاحتقان الفماغية الخطرة يتحبب المسوك وأما فى
الأحوال المزمنة فيفضل استعمال حبوب من الصبر والمنظّل وصابون
الجلبة ونحو ذلك وإن حصل فى زمن الطمث احتقان تواردى نحو الدماغ بدلاً
عن حصوله فنحو الاعضاء التناسلية الكائنة فى الحوض وجب إرسال العلق
على عنق الرحم أو وضع المحاجم التشريطية على أنسب الفخذين ومن الجيد
التأثير أيضاً مثل هذه الأحوال إرسال العلق على دائرة الشرج

وفى الاحتقانات الفماغية الاحتباسية التى تنشأ عن انضغاط الأوردة
الوداجية أو الأجوفين أو التى تحصل فى أثناء سير أمراض القلب والرئتين
يجب عندهم إمكان زوال العائق المانع من است فراغ الدم استعمال
الفصد العام وإرسال العلق خلف الأذنين وقد ذكرنا سابقاً أن الاحتقانات
الاحتباسية بعوقها وصول الدم الشريانى للدماغ تزيد قابلية تنبيه الألياف
والعقد العصبية الفماغية فمكماً سهّل است فراغ الدم الوريدي يتم إزالة
ظواهر الحمود والشلل وذلك يتم بواسطة إرسال العلق خلف الأذنين
أذ بذلك يقل التوتر الحاصل فى الأوردة السكائنة خارج الجمجمة المتفعمة
بالأوردة السنتورونية أو بواسطة الفصد العام أذهب يقل التوتر الحاصل فى
الجلدع الوريدي العنقى الدماغى بسبب قلة وصول الدم إليه من أوردة
الفراع وفى مثل هذه الأحوال لا يثمر استعمال التبريد على الرأس ولا
المسهلات ولا الحرا رقيق

وفى الأحوال الاحتقان الدماغى الناتج عن الاطراف من الماء كل والمشرّب

وزيادة دخول عناصر غذائية في كتلة الدم ينبغي ولا بد لتقليل كمية الدم بواسطة الفصد العام ومن المثبت انه بالمبادرة بهذه الوسطة يمكن تجنب حصول النوبة السكتية المهددة فمن المهم تنظيم كيفية معيشة مثل هؤلاء الاشخاص وتحريرهم على عدم الافراط من المأكول والمشرب حتى يتجنبوا كثرة الاكل وعدم تعاطي المشروبات الروحية كالنبيذ ولا يشربون سوى الماء الفراح ويعدادون على كثرة الرياضة ومن الواضح انه قد توجد احوال فيها تستعمل وسائط خلاف الوسائط المذكورة بحسب الاقتضا

(المبحث الثاني)

في الاحتقان الدماغى والموضعى والاوذيميا الموضعية الدماغية

شرح الاحتقان الدماغى الموضعى مع الاختصار يسهل علينا بيان اعراض الاصابات الدماغية البورية اى القاصرة على بعض اجزاء هذا العضو واصباب هذا الاحتقان توجد داخل الجمجمة لا خارجها فان محل الانسكابات الدموية والبورات الالتهابية أو اللينة او اورام الدماغ وغير ذلك من الاصابات الموضعية التى ينتج عنها اضطراب محدود في الدورة لبعض اجزاء هذا العضو لا بد ان يعقبها احتقان تواردى أو احتباسى في محيط هذه الاجزاء فان حصل انضغاط في أحد الفروع الشريانية أو في عدد عظيم من الاوعية الشعرية نشأ عن ذلك احتقان تواردى في الفروع الوعائية المجاورة وان حصل تضيق أو انسداد في أحد الفروع الوعائية الوريدية نشأ عن ذلك احتقان احتباسى في الفروع الشعرية الموصلة الدم الى هذا الفرع الوريدى المتضيق أو المنسد ومع ذلك فجميع الاصابات الدماغية الموضعية لا تودى لحصول الاحتقان فقط بواسطة الضغط الواقع على الاوعية بل يؤدى معظمها لحصول احتقانات في محيطها بواسطة التبرج الذى تحدثه في جوهر الاجزاء الدماغية المجاورة لها وكما يشاهد في غير الدماغ من اجزاء الجسم حصول انسكابات دموى واحتقان واوذيميا حول التولدات المرضية الجديدة والبورات الالتهابية والسكتية فكل ذلك يشاهد حصول هذه التغيرات حول هذه البورات المرضية المذكورة منى كان مجلسها الدماغ نفسه

ثم انه يصير اثبات وجود الاحتقان الدماغى المحدود عند فعل الصفات
القشرية اثباتا تشرىحيما اذا أدى الاحتقان لحصول اوذىما ولم ينتج
هناك الى جوهر الدماغ ومع ذلك ففي كثير من الاحوال يشاهد حول
التولدات الجذرية والبورات الالتهابية ونحو ذلك ان جوهر الدماغ يطلب
رغو والاعبة ممتدة ويخرج منها بعض انزفة من اصفار متفرقة

واعراض الاحتقان الدماغى المحدود اما ان تكون ظواهر تهيج أو نحو غير
ان هذه الظواهر تكون قاصرة على اجزاء محدودة من الجسم بخلاف
لاعراض الاحتقان الدماغى العمى فهى من جهة ما يعبر عنه بالاعراض
البورية (كما قاله جريسيير) وذلك كالم الرأس المحدود ودور رؤية الشرر امام
احدى العينين وطنين فى احدى الاذنين وتعدد أوصيق فى احدى الحدقتين
او تقلص أو شلل فى احد الطرفين أو احدى العضلات أو بعضها ودرجة هذا
الاحتقان الجزئى وامتداد مختلفان باختلاف احتواء الجمجمة على الدم
كثرة وقلة كما يختلفان باختلاف درجة نمو البورة المرضية المحيط بها هذا
الاحتقان وبذلك يوجه كثرة وضوح الظواهر المرضية التهيجية أو الحمودية
المتعلقة بالاحتقان الدماغى الموضى تارة وقلة وضوحها أو زوالها وترددها
تارة اخرى وحيث انه بكل تغير جوهرى دماغى موضى عظيم يحصل ولا
بدقده وظيفة الجزء المصاب سواء كان ذلك متعلقا بظهور تولد مرضى جديد
فيه أو قساد فى الالياف العصبية والاخلية العقدية العصبية بواسطة
انسكاب دموى فالاعراض اللا واسطية التى تنتج عن هذه الاصابات
البورية العظيمة تكون عبارة عن فقد فى الحساسية وشلل جزئيين
وقد بعض الوظائف العقلية فان حصل فى انشاء سير سكتة دماغية او خراج
دماغى او ورم فى هذا العضو ونحو ذلك مع ظواهر الشلل الجزئى ظواهر
تهيج موضى ايضا فلا بد وان هذه الاخيرة لا تكون متعلقة بتلك التغيرات
بل بالاضطرابات الدورية الموجودة فى محيطها وكذا انظواد الشلل الوتية
التي تشاهد فى انشاء سير التغيرات المرضية المفسدة الموضعية لا تتعلق بنفس
هذه التغيرات المذكورة بدون واسطة بل باضطرابات دورية تحصل حول
بوراتها وبناء على ذلك يسهل علينا توجيه فحص الشلل الذى يصاحب

السكتات الدماغية وأورام الدماغ ونزواته وأوراله بالكلية وحيث أن كلا من هذه التغيرات لا يتصور فيه مطلقاً تكون الألياف العصبية ثانياً بل ولا استعاضتها استعاضة جزئية فيعلم أن ذلك إنما هو من حصول الاحتقان أو الاوذيميا حول بورات تلك التغيرات المرضية واختلاف الشدة اختلافًا عظيماً يؤدي كذلك لحصول الشلل وبالجملة فكان ينبغي أن التغيرات المرضية الدماغية المختلفة التي يكون مجملها وامتدادها واحداً تحدث على الدوام أعراضاً واحدة في جميع الأحوال متى لم يمكن اضطراب الدورة في يسيط التغيرات المرضية المختلفة مختلفاً يضافان اضطراب الدورة حول ورم دماغي يخالف الذي يحصل حول خراج دماغي مثلاً وهذا الأخير يخالف أيضاً الذي يحصل حول بؤرة دموية دماغية وبذلك يسهل علينا توجيه اختلاف أعراض الإصابات الدماغية الموضعية ولو كان مجملها وامتدادها واحداً

ثم إن معالجة الاحتقان الدماغي الموضعي مؤسسة على حسب القواعد التي ذكرناها في معالجة الاحتقان الدماغي العمومي فإن أمكن تنقيص توارد الدم إلى الدماغ أو سهولة استفرغه منه أمكن كذلك تطييف الاحتقان التواردي والاحتباسي الموضعي لهذا العضو أيضاً

(المبحث الثالث)

في انيميا الدماغ وأقسامه

(كيفية الظهور والأسباب)

طالما أنكر الأطباء إمكان حصول انيميا الدماغ كما أنكروا احتقانه وأسسوا ذلك على الاعتباران المذكورة في المبحث الأول وقد نفيهما تقدم على خطأ تلك الاستنتاجات وبكفي هنا أنه بقطع النظر عن الصفات التشريحية العديدة التي وجد فيها الدماغ في حالة انيميا واضمة أن كلا من دونندوس وفوس مول وتشار أمكنه في الحيوانات الحية مشاهدة انيميا الدماغ الشديدة جداً عقب قتل قلب في الخيضة وسددة بقطة من الزجاج

ثم إن أسباب انيميا الدماغ هي (أولاً) المؤثرات التي تحدث تناقصاً في كتلة دم

الجسم العمومية ومن هذا لاتعد فقط الاستفراغات الدموية العمومية
والارتزة الذاتية بل يعد ايضا تقدية عظيمة من الاخلاط والنضج الغزير
والامراض المزمنة سيما الحمية ومما يتأسف منه هدم الوقوف على معرفة انيميا
الدماغ في بعض احوال الارتزة الباطنة ونسبة اعراضها بالنظر لاحتقان
هذا العضو ومعالجة المرضى بمقتضى ذلك وبشاهد شكل من الانيميا الدماغية
بكثرة عند الاطفال المصابين باسم الالاث منه كطويلة المدة وهذا الشكل
شرحه المعلم مرشال هال شر حاجيدا ومماه بالايدير وسفلويد اى شبه
الاستسقاء الدماغى ولا يندر مشاهدة الانيميا الدماغية الواضحة عند
الاشخاص الضعفاء البنية الذين يعترهم تسكيدات متتدة في الرئين عقب
اصابهم بالانتهاب الرئوى وكذا الامراض الحمية المستطيلة المدة التى ينتج
عنها تلاش فى دم المريض ولجه بنشأ عنها انيميا عمومية ومن جهة طواهرها
انيميا الدماغ وهكذا انه ينشأ عن جميع هذه الامراض فقد فى دم الجسم
واخلاطه او تلاشيا فكذلك يمكن من جهة اخرى تناقص كلة الدم من عدم
جودة نكوونها عقب الحرمان وتعاطى الكمية الكافية من المواد
الغذائية ولذا يشاهد بكثرة عند الاشخاص الهالكين من الجوع
والحرمان امر اض الانيميا الدماغية بغاية الوضوح قبل الموت بزمن قليل
(ثانيا) قد تنشأ انيميا الدماغ عقب تراكم كمية عظيمة من الدم فى احد الاعضاء
الاخرى واعظم مثل يضرب لثلك شكل الانيميا الدماغية الناجع عن
وضع المحجم العظيم للعلم جند الشبيه بالجزمة حول الطرف السفلى بقامه
وهذا الشكل ربما اكتسب خطرا عظيما جدا مع عدم الاحتراس فى استعمال
هذا المحجم ومن ذلك يتضح انه عند وجود ضعف فى ضربات القلب يحصل
للصاب بذلك انغماء فى الوقوف أكثر منه فى الجلوس وتوجيه ذلك سهل فانه
عند الوقوف يتراكم الدم فى الاطراف السفلى بكثرة اذا كانت القوة الدافعة
للقلب غير كافية فى قهر ميل الدم لحركة الشغل الذى يميل اليها فى سيرة من
الاسفل الى الاعلى فى الاوردة ومما يستبعد العقل توجيه الانيميا الدماغية
عند الوقوف فى مثل هذه الاحوال بعدم قهر ثقل الدم فى الشرايين السباتية
عند وجود ضعف فى ضربات القلب (ثالثا) تحصل الانيميا الدماغية عقب

انضغاط الشرايين الموصلة للدماغ وانسدادهما وفي جميع الاحوال التي من هذا القبيل يكاد يحصل الانسداد عقب الربط الصناعي ومن النادر حصول الانسداد في الشرايين السباتية او العنقية عقب الضغط عليها بواسطة اورام او عقب وقوف بعض السدد السيارة فيها (رابعاً) قد تحصل الانيميا الدماغية عقب الاضطراب العصبي والانقباض التشنجي للاوعية الموصلة للدم الى الدماغ والذي يؤيد ذلك بعض الانفعالات النفسانية الشديدة فانه لا يحصل فقط بهاتين الوجهتين والوجه بل وقد في الادراك فجأة وغير ذلك من الاعراض الدالة على عوق ورود الدم الى الدماغ (خامساً) تحصل الانيميا الدماغية بالتعبئة لتناقص متع تجويف الجمجمة بواسطة النضج المرضي والانسكابات الدموية واورام الدماغ ولغائفه ومن هذا القبيل شكل الانيميا الدماغية المصاحب لجيع كسور الجمجمة المحصورة بانعاج في قبورها وذكرنا غنا لهذا الشكل من الانيميا الدماغية اعني الناجم من تناقص متع الجمجمة لكونه اكثر الاشكال حصولاً وذا اهمية عظيمة فالظواهر المرضية المعبر عنها بظواهر الضغط في احوال السكتة الدماغية واورام الدماغ والاشكال المختلفة من الاستسقاء الدماغى لا تتعلق على رأينا بل وكثير من الاطباء بدون واسطة بالضغط الذي يعتري جوهر الدماغ بل بالانيميا الناشئة عن نفس هذا الضغط

وحيث ان الشرط الضروري لانتمام وظائف الدماغ اتحاما طبيعيا يتعلق بوصول الدم الشرياني المحتوى على كثير من الاوكسجين لابعلاء اوعية الدماغ بالدم على العموم فمن الواضح انه في الاحوال المرضية التي فيها كمية دم الدماغ المطلقة لا تتناقص عن الحالة الطبيعية غير ان توزيع الدم فيها في هذا العضو يكون غير طبيعي بحيث ان الشرايين لا توصل الى هذا العضو الا قليلا من الدم الشرياني ويقل فيها ايضا استقراغ الدم الوريدي من الاوردة فينتشلا بد وان يحصل في هذه الاحوال نفس الاعراض التي تشاهد في الانيميا الحقيقية اى قلة الدم المطابقة لهذا العضو وقد دلت تجارب الاطباء على كثرة حصول الانغماء وباقي اعراض الانيميا الدماغية في الاحوال المرضية التي بها يكاد جوهر القلب استحال ان مرضية وفي احوال

التضايقات الصمامية القلبية غير المتكافئة لهذا العضو وفي غير ذلك من امراض القلب التي بها تضعف مجهوداته وبذلك يحصل امتلاء الاوردة وفراغ الشرايين كما ان هذه التجارب والملاحظات الاكلينيكية استنارت بتجارب كل من المعلم قوس مول وتينار استنارة تامة فانهم اوجدوا حصول عين العوارض الناشئة من الاتزقة الباطنة الغزيرة وربط الشرايين الموصلة للدم نحو الدماغ من امتناع دخول الاوكسجين في الدم فجأة عقب انقطاع التنفس انقطاعا سرعيا

ولقد كرا ايضا انه قد تحصل ظواهر لها شبه كل بظواهر الانيميا الدماغية ولومع عدم تناقص كمية الدم وتوزيعه في الاوردة والشرايين توزيعا طبيعيا وذلك عند تناقص السكرات الدموية الحرة وقتلتها وتوجيه ذلك سهل اذ من المعلوم ان هذه السكرات هي الحاملة للاوكسجين وبما ذكر يظهر ان تأثير تناقص السكرات بالنسبة للدماغ ووصول الاوكسجين اليه كئيبا غير تناقص توارد الدم اليه عموما

﴿ الصفات التشريحية ﴾

جوهر الدماغ يكون متغير اللون فهية السجاني منه تظهر باهتة فيقرب من لون جوهره الابيض وتكون هية الاخيرة لينة لماعة وعند شقه لا يشاهد الانسكت قليلة دموية اولا تشاهد اصلا على سطح الشق ولوهية لفائف الدماغ تكون فارغة هابطة ولا ترى على الدوام في المسافات تحت العنكبوتية كمية عظيمة من سائل مصل وذكركر كل من المعلم قوس مول وتينار ان السائل الدماغى الشوكى لا يكون متزايدا دائما كما يتوهم ذلك طبعا للنظر يات السابق ذكرها

﴿ الاعراض والسير ﴾

اعراض الانيميا الدماغية التي تحصل فجأة وترتقى بسرعة الى درجة عظيمة تختلف بالسكابة عن اعراض الانيميا التي تحصل ببطء ولا ترتقى الى درجة عظيمة ففي الحالة الاولى يحصل للرضى دوار وتظلم المرئيات امام اعينهم ولا يدركون المنبهات الحسية ولا يقدر على الحركة وتقدح دقاتهم ويصير التنفس بطيئا ويسقطون مع زوال الادراك على الارض مع حركات تقلصية

خفية وفي غالب الاحوال عما قليل يستيقظون من انغماسهم وفي احوال أخرى لا يعود لهم الادراك ثانياً ويستمر الانغماس بالموت ويعبر عن هذه الحالة بالسكتة العصبية واما الانيميا الدماغية الحادة الحادثة بالصناعة في الحيوانات بعقب الانزفة الغزيرة او ربط جميع الشرايين الموصلة للدم نحو الدماغ فينتج عنها عين الظواهر المذكورة الا ان التشخيص فيها تكون اشد وأقوى وكثيرة الوضوح عما يشاهد في الانخفاض الذين اعتري دماغهم انيميا فجأة وتوجيه ظواهر الشلل في الانيميا الدماغية اسهل من توجيه التشخيصات في هذا المرض فان الاولى تتعلق ولا بد بامتناع ورود الاوكسيجين مع الدم الى الدماغ اذ من المعلوم ان ربط الاهر البطني مثلاً يعقبه شلل في النصف السفلي من الجسم بسبب امتناع وصول الدم الشرياني الى اعصابه واما التشخيصات فتوجيهها عسر وزعم الملم هنلي انه في احوال الانيميا الدماغية يهرع الدم بقوة من الضفيرة الوريدية التضاعية الشوكية والسائل الدماغي الشوكي من القناة العفوية الى الدماغ وبذلك ينتج التضاع المستطيل والاجزاء التي في قاعدة الدماغ ومع ذلك فقد وجد الملم قوس مول وتينمار به حذب الشرايين الموصلة للدم الى الدماغ ان كلام النصفين السكريين العظميين والتضاع المستطيل في حالة انيميا دالة لا ينبغي توجيهها بازدياد في قابلية تنبيه الالياف العصبية وخلايا العقد العصبية الناتجة عن الانيميا الدماغية الثابتة ولا مانع من الارتسكان في توجيه ذلك الى ما ذكره كل من قوس مول وتينمار في تجاربه وذلك انه شوهد عند فعل الصفات التشريحية للحيوانات التي ربطت شرايينها الدماغية ان الاوعية الشريانية التي كانت في قاعدة الدماغ محتوية على قليل من الدم فقط بخلاف باقي الاوعية فانها توجد في حالة فراغ تام فيقال حينئذ ان ربط الاوعية المذكورة ينتج عنه انيميا تامة في النصفين السكريين العظميين للدماغ وشلل فيهما تبعاً لذلك وقلة الدم فقط في الاجزاء الكائنة في قاعدة هذا العضو (بسبب تفهم الشرايين الدماغية بشرايين التضاع الشوكي) ينتج عنها زيادة في قابلية تنبيهها

واما اعراض الانيميا الدماغية البطيئة الظهور فهي مثل اعراض الاحتقان الدماغى تظهر ابتداء باعراض التشنج ثم باعراض الخمود والشلل وقد اجتهد

في توجيه هذه المسألة بالنظريات الآتية وهي أنه ينبغي لسلامة فعل
الدماغ الطبيعي أن تكون جزئياته على حالة توتر مخصوص وأن كثرة امتلاء
الأوعية الدماغية أو قلتهما يحدثا إذا أو نسا قصى في التوتر الطبيعي
وأن قابلية تنبيه الدماغ تنوع بحسب ذلك وفيما سبق قد اعتبرنا هذا
التوجيه من النظريات ونعترف بصعوبة القول بأن ظواهر التهيج
في الاحتقان الدماغى تتعلق بتناقض قليل في الضغط الذى يكابده الدماغ
في الأحوال الصحية من جهة الأوعية وأن ظواهر الشلل تتعلق بتناقض
عظيم فيه لكن من الحقائق الفسيولوجية المعروفة أن قابلية تنبيه كل عصب
ترداد قبل انطفائهما وأن ارتفاع قابلية تنبيه أى عصب ارتفاعا عظيما لا يعتبر
علامة على قوة تغذيته الطبيعية بل بالعكس أى يكون علامة على ضعف
تغذيته وليس عندنا توجيه لهذا الأمر لكن بحرقه ينضج أنه في أحوال
الانيميا الدماغية المتكثفة يسطو تسبق ظواهر الشلل عادة بظواهر تهيج وأنه
في الأحوال التى لم ترتق فيها الانيميا إلى أشد الدرجات لا تشاهد الا ظواهر
التهيج

وعندما تكون اعراض الانيميا الدماغية قاصرة على الاعصاب
الحسية تشتمل على المرضى بالآلام فى الرأس يجلسها في الجبهة وأحيانا في القفا
وقر من الضوء والغط وبوجد هندهم غير راضين وأعينهم وطينين في آذانهم
ونوب دوار ونحو ذلك وبمجموع هذه الاعراض يشاهد مع غايه الوضوح
عقب الانزفة الرجعية الغزيرة وغيرهما من الانزفة المفرطة وفي مثل هذه
الأحوال لا يمكن غالباً تمييز حالة انيميا الدماغ من احتقانه إلا باعتبار السبب
الأصلى وحالة النبض ولون الجلد والشفتين وغيرهما من اعراض قلة الدم أى
الانيميا في غير الدماغ من الاعضاء

وأما انيميا الدماغ في الأطفال فتتضح فيها اضطرابات الحركة بكثرة وقد يميز
المعلم مرشال لهذا المرض الذى سماه بالايديوسفالويد دورين على حسب
تسلطن اعراض التهيج والشلل في الدور الاول تكون الأطفال في حالة قلق
عظيم مضطرب في نومها مترجعة بحيث تصرخ في نومها وتضطرب أسنانها
ومع ذلك تكون وجوههم في الغالب متفردة والنبض مرتعاض ارتفاعا ويكاد

يظهر على الدولم اتعباضات خفيفة في احد الاعضاء أو نوب تشنجية عامة
وفي الدور الثاني تهبط الاطفال وتقص قواها بالسكية ولا يمكنهم توجيه
البصر الى ما حولهم بكيفية ثابتة وتنطبق الاجفان نصف انطباق وتفق
الحدة الاحساس بالضوء ويصير التنفس عمرا مختيرا ثم يطرأ الموت
مع ظواهر كوماوية وبالنسبة لنا المعتبرين ان ما يهوى بظواهر الضغط
عند وجود امراض في الدماغ ولفائله المضيق لتسع تجويف الجمجمة التي
من ضمنها الانسكابات في الجيوب الدماغية متعلق بانضغاط الاوعية الشعرية
وعوق وصول الدم الشرياني الى الالياف العصبية لاستغرب المشابهة
العظيمة بين اعراض استسقاء الدماغ الحقيقي والكاذب فانه تبعا للرأينا
لا يوجد الاضطراب مرضي واحد ولو كان ينبوع في كلا المرضين مختلفا
أعني انيميا شعرية دماغية

وبالجملة فقد يشاهد في بعض احوال الانيميا الدماغية ظواهر تهيج
في الوظائف العقلية كالارق والهيجان والذهيان وهذه الحالة قد ترتقي الى
درجة عظيمة جدا فتلبس بنوب الجنون وتشاهد هذه النوبة عند المحرومين
من المطعومات والمشروبات زمنا طويلا كما تشاهد أيضا عند بعض
الاشخاص الضعفاء الانجاويين فيها اذا ارتقت حالة الانيميا عندهم ارتقاء
عظيما عقب الامراض المنهكة أو الاستفراغات الدموية العظيمة

﴿ المعالجة ﴾

متى كانت انيميا الدماغ ظاهرة من ظواهر فقر الدم العام ينبغي معالجتها
بالاجتهاد في ازالة النهوكة وتقوية الجسم باستعمال العناصر الغذائية
اللائمة وباقي الدلالات العلاجية تستنتج من اعتبار السبب الاصل
ومن اختلاف الاحوال الشخصية لكل مريض فان حصل بعد الانزفة
الغزيرة مثلاً انغماس متكرر وتشنجات وغيرها من علامات الانيميا الدماغية
الشديدة جازا إجراء عملية ترنس فوزيون أى نقل الدم من شخص لا خروفي
معالجة الاطفال المسايين بالاسهالات المنهكة ينبغي ملاحظة الخطر الذي
يحصل من الحالة المسماة بالاندروسفالويد ومنع حصوله باستعمال
الامراق القوية او اللحم النيء أو النبيذ ونحو ذلك فان طرأت الحالة

المذكورة على الظواهر السابقة كان في اعتبارها خطأ زيادة خطر عظيم
فانه أن اغتر الطبيب في مثل هذه الاحوال وأمر بارسال العلق واستعمال
معالجة مضغطة فلا بد وأن تهلك الاطفال غالباً واما ان لوحظت الحالة بالدفقة
واستعمل ولومع قلبي الطفل ووجود تشنجات عند اعراض خدر تأبعية
لذلك الامر اتي المركز في الادوية المنبهة بمقدار عظيم والكافور والايثير وعلى
الخصوص النبيذ القوي فالغالب ان يعقب ذلك نجاح عجيب في شكل
الانيميا الدماغية التي تكون ظاهرة من ظواهر الانيميا العامة فينبغي الاهتمام
في تعوية عهوه الدورة المركزية حتى يحصل تحسن في حالة الدم بمقامه ونجاح
المعالجة التي يترتب عليها تعويض هذا السائل وازدياد كراته الجرفانه كثيرا
ماتمك المرضي التي تكون في حالة نقاهة من افعال هذه الواسطة وذلك بان
يكون الطبيب اهل في أمرهم على الاسقرار بالوضع المستلقي او الجلوس
فمشاهدان مثل هؤلاء المرضي ان اهلوا في هذا الامر واستقر اهل الجلوس
او المشي في كثير مما يحصل عندهم دفعة واحدة حركة اغماء قوية لا يبعد ان
تستمر حتى يموت المريض منها ولذا كان على الطبيب ان يأمر المريض التي
وقعت في نهوكة عنلية جدامن الامر اض المستطيلة وكانت في حالة نقاهة
ان لا تترك الفراش الا من بعد الحصول على القوة وازد ياد كلة الدم العامة
ولاجل تجنب الخطر الذي يهمل عند الانطخاص الانما ويعين من ضعف
حركات القلب الوقي ينبغي ان يؤمر لهم زيادة عن المداومة على الوضع
الاستلقائي باستعمال الادوية المنبهة اما بطريقة الشم او الاستعمال باطنالكن
لا ينبغي استعمال هذه الوسائط دائماً بل تستعمل فقط عند حدوث ظواهر
الاغماء وذلك كشم ماء المسكة واستعمال روح لقمان من الباطن وغير ذلك
وفي احوال الانيميا الدماغية الناتجة عن تضايق متعجبويف الجمجمة ينبغي
استعمال تقبه فانه أقوى الوسائط في مثل هذه الاحوال غير ان فعل هذه
العملية في العصر الاخير اقتصرت فيه على ما اذا اصطب تضايق قجوييف
الجمجمة بانخفاف احدى اجزاء قيوتهما والفصد في مثل هذه الاحوال قد
يعقبه نجاح عظيم جداً وهذا وان عد غريباً فندفعه عند الكلام على
السكتة الدموية الدماغية ولان ذكر هذا الا انه بالفصد سهل استنفاغ

الاوردة الدماغية ويسرع وبذلك يسهل دخول الدم الشرى الى هذا العضو

(المبحث الرابع)

فى الانيميا والتسكر وراز الجزئين للدماغ

المعروف بالين التسكرى للدماغ وبالسدد الذاتية والسيارة لشرى بين الدماغ

(كيفية الظهور والاسباب)

اما انيميا الدماغ الجزئية فتنشأ (اولا) عن امتناع ورود الدم الى بعض اجزاء الدماغ عقب انسداد الاوعية الاتية بالدم اليها (ثانيا) عن حصول اوذيميا تغممية حول بورات سكتية او انتهائية اولينة او بورات من تولدات جديدة ونحو ذلك (ثالثا) عن انضغاط الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ اما بواسطة انسكابات دموية او اورام او غيرهما من البورات المرضية المضيق لتوسع تجويف الجمجمة

اما كيفية حصول الشكل الاول من هذه الانيميا الذى يظهر فى بعض الشرى بين المنسدة ففيه أنه على الاعتبار الاتية وهى

انه لا يظهر فى الارانب مثلاً علامات الانيميا الدماغية الا عقب ربط الشرى بين السباتيين والفقرتين معا فاذا لم يربط جميعها فماتى منها من غير ربط يوصل الى الدماغ كمية كافية من الدم بحيث يمنع بالاستطرافات العديدة الكاثنة بين شرى بين الدماغ حصول الانيميا فى اجزاء هذا العضو القابلة للدم من الاوعية المربوطة واما الانسان فالامر فيه بالعكس فانه يحصل عقب ربط احد السباتيين بدون واسطة ظاهرة مرضية تتعلق ولا بد بالانيميا الجانبية للدماغ اعنى شلل احدى جهتي الجسم المقابلة لمحل الربط وفى احوال أخرى لا تشاهد هذه الظاهرة عقب ربط احد السباتيين وهذا دليل على انه فى مثل هذه الاحوال وصل الى النصف العظيم السكرى للدماغ المهدد بالشلل كمية كافية من الدم بواسطة التغممات الوعائية سيما بواسطة المنطقة الشرى بينية لوليزى وسبب هذا الاختلاف ليس معلوما بالدقة وزعم المعلم هاس ان مريان السدد الوعائية من محل الربط الى ان تجاوز المنطقة الشرى بينية لوليزى يمنع حصول الدورة التغممية الجانبية فعند انسداد الشرى بين السباتى الدماغى والشرى بين الفقرى فى جهة أو فى الجهتين معا

وكذا عند انسداد الشريان الدماغى القاعدى لا تحصل غالبا الانيميا الدماغية الجزئية فانه في هذه الحالة تحصل دورة تجمعية جانبية بمرعة بواسطة المنطقة الشريانية لوليزى. واما انسداد احد الشرايين الذى ينشأ بعد المنطقة الشريانية لوليزى كشریان حفرة سلويوس مثلا فانه يكاد ينشأ عنه على الدوام انيميا في محل توزع الشريان المتسد وما ذاك الا لكون شروط حصول دورة تجمعية جانبية غير جيدة

ثم ان التغيرات المرضية التى تؤدى لانسداد شرايين الدماغ هي انضغاطها احيانا بواسطة اورام والغالب ان يكون انسدادها بواسطة سد ذاتية تتكون فيها او بواسطة السدد السيارة الانية لها

ويندر ان عقاد الدم في شرايين الدماغ ذات الجدران السليمة (وهذا ما يسمى بسدد التهوكة) والغالب ان تتكون السدد في المحال التى يتضيق قطر هافها اما بواسطة التهاب الشريان الباطنى المزمن او بما يسمى عادة بالاستحالة الاثيروماتيزية وحينئذ يوجد في سطحها الباطنى عدم استواء وخشونة والسدد السيارة التى تسببها او عية الدماغ عبارة عن تعقدات ليفية تنفصل من صمامات القلب المريضة كانت متراكمة على سطحها وعن قطع منفصلة من نفس الصمامات تسير مع الدم ومن النادر ان تتكون ائية من بورات غنغريئية رئوية او من سد ذاتية متكونة في الاوردة الرئوية وقد شاهد المعلم ازمارك حالة مهمة فيها اتت السدد السيارة السادة للشريان السباتى الدماغى من انوريزما الشريان السباتى الاصلى اندفعت منه في اثناء البحث عن هذا الورم وسارت مع الدم

ولا نضيف الى اسباب الشكل الذى نحن يصدده من انيميا الدماغ الا قليلا وحيث ان الاستحالة الاثيروماتيزية التى كثير ا ما تنج عنها السدد الثابتة لاوعية الدماغ تحصل على الخصوص في السن المتقدم من الحياة كاد لا يشاهد انسداد او عية الدماغ بواسطة سد ذاتية الا عند الأشخاص المتقدمين في السن فذلك مرض من الامراض المهمة للشيوخه وينعكس ذلك بالنسبة للسدد السيارة للشرايين الدماغية فانها تشاهد ايضا عند الشبان وذلك لان كلام التهاب الغشاء الباطن من القلب والعيوب المرضية

لصعاباته يحصل في كل طور من اطوار الحياة واما كيفية حصول التبركوز
الجزئي الذي يظهر في كثير من احوال السدد الذاتية والسيارة لشرابين
الدماغ فواضحة فان هذا الشكل من اللين الدماغي يشابه غنغرينة
الاطراف الناتجة عن انسدادات وعائية فان موت المنسوج في كلنا الخائب
ينتج عن فقد الجواهر المغذية غير ان الاجزاء الميتة في باطن الجمجمة القبر
المعرضة لتأثير الهواء تسكاد لا تقع في الفساد والتعفن وذلك لا يحصل الا متى
كانت السدد السيارة التي بها تسد الاوعية آتية من بورات غنغرينية بحيث
انه بالسدة الآتية ينتقل التغير المفسد والانسداد الوعائي يؤدي لتغنغر
بسهولة كلما كان الاستطراق الوعائي الجانبي بطيئا وغيثام فان كانت
الاستحالة المرضية لجدر الاوعية التي ادت لحصول سد ذاتية في الشرايين
الدماغية كثيرة الامتداد فالوعية التغممية الجانبية التي فقدت جدرها
المریضة مروتها لا يمكنها التمدد جيداً متى انسدت شرايين عظمية وحينئذ
فالانيميا الجزئية التي تحصل عقب انسداد الاوعية لا يمكن تعادلهما
الا بكيفية غير تامة فيقع الجزء المعترية الانيميا في اللين والتنكروز وهل يحصل
اللين التنكروزي عقب انسداد الشرايين الدماغية بواسطة السدد السيارة
ام لا ذلك امر يتعلق في هذا الشكل بحمل الانسداد ومجلسه حيث ان
جدر الاوعية في هذه الحالة الاخيرة يكون سليماً وقابلًا للتعديل فان
حصلت الانيميا في جزء متوزع فهو عاء منسد بواسطة سدة سيارة امام المنطقة
الشريانية لوليزي كاد ان يحصل على النوام تعادل في الانيميا وبذلك لا يحصل
الموت والتنكروز في الجزء المصاب واما ان انسداداً شرياني خلف المنطقة
الشريانية لوليزي بواسطة سدة سيارة كان انتهاء الانيميا الجزئية بالتنكروز
هو الغالب

واما الشكل الثاني من الانيميا الدماغية الجزئية الذي ينشأ عن ظهور اوديما
تفممية في محيط بورة سكنية او النهاية او بورة لينة او تولد جديد مرضي فقد
ذكرنا فيما سبق انه انتهاء ليس نادراً للاحتقان التواردي الشديد للدماغ
وسنذكر ذلك ثانية عند شرح البورات المرضية المختلفة للدماغ
واما الشكل الذي جعلناه ثالثاً من الانيميا الدماغية الموضعية الناجمة عن

الانضغاط الذي يعترى الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ بواسطة
الانسكابات الدموية أو الاورام أو غيرها من البورات المرصية المضيق لتوسع
تجويف الجمجمة فلم يعتن بشرحه الى الآن فاني انصكرت سابقا كعظم
المؤلفين وجود الانضغاط الدماغى الجزئى وذلك لاني كنت ذهبت من كون
هذا العضو غير قابل للانضغاط ومحاط بمحاطة غير قابلة للتدد الى ان الضغط
المتزايد الذي يؤثر على اى صفر من هذا العضو لابد وان يتشمرع الاستواء
الى جميع اجزائه وكنت اضرب مثلا مشهورا عند العوام لا تسكن اليه
فى هذا رأى بان الزجاجة التي يدفع فيها سادة من القلين بقوة عظيمة
لا تنكسر من جهة عنقها غالباً بل كثيرا ما تنكسر من صفر بعيد عن محل
القوة المؤثرة سيما في محل قليل المقاومة لكن بعدة من المشاهدات التي
لم تبق ريبا في ان اجزاء الدماغ التي تكون مجلس البورات الدموية مضيقة
لتوسع تجويف الجمجمة تكون أقل دما زيادة عن باقى اجزاء الدماغ مع
ما اوضح لي من اعتبار جميع ما يختص بمنع تجويف الجمجمة ظهوره لاني
اهملت امراهما في النظريات السابقة حتى ادى الحسالى لاستنتاج خطأ
وفى الحقيقة ولو ان الدماغ غير قابل للانضغاط ومحاط بمحاطة غير قابلة للتدد
لابد وان يمكن حصول ضغط جزئى في الدماغ لان تجويف الجمجمة منقسم الى
ثلاث خزائن بواسطة غشائين متوترين نورا قويا فان كلا من الشرشرة
الدماغية وخيمة المخنخج يحفظ من الضغط اجزاء الدماغ الكائنة في الجهة
الانحرى وبالأقل يحفظه نوعا

والخزائن المذكورة مستطرفة مع بعضها في الحقيقة ولو كان جوهر
الدماغ جرماسا لكان الضغط المؤثر على اى صفر من الدماغ ينتشر
انتشارا مستويا عليه ولومع وجود الحواجز المتوترة في باطن الجمجمة لكن
قوام كتلة الدماغ ومرونته التي لا تسعج كما هو معلوم بان دفاع اجزاء الدماغ
المنضغطة نحو الحافة السفلى من الشرشرة أو نحو شرم خيمة المخنخج الى
التجاويف الاخرى من الجمجمة هما السبب في حفظ اجزاء الدماغ ولو نوعا
الكائنة في احدى الخزائن من الضغط الواقع على باقى اجزاء الدماغ التي
في الخزائنتين الباقيتين والوقاية الحاصلة من الخيمة المخيضة اعظم من

الحاصلة من الشرشرة والفصان الخلفيان من النصفين الكريين العظميين
 يكونان مصوتين من الضغط الذي يعتري النصف الكري المقابل لزيادة
 الفصين الجبهيين لان الشرشرة الخفية اعرض من الخلف واعمق من الجهة
 المتقدمة وسند كراحوال التي ابتكرتها فيما ظن وهي مهمة جدا بالنسبة
 لبيان اعراض امراض الدماغ الناجح عنها ضيق متسع الجمجمة في المباحث
 الالتهبية

(الصفات التشريحية)

الانيميا الجزئية للدماغ لا تعرف دائما في الجنة مع التأكد فان توزيع الدم
 بعد الموت يختلف عن توزيعه زمن الحياة فان الاجزاء التي كانت مدة
 الحياة كثيرة الدم ومميزة عن غيرها من الاجزاء القليلة الدم تصير بعد
 الموت خالية عنه مثلها وهذه المشاهدات يمكن فعلها كل يوم على الجلد
 الذي يمكن فعل المقارنة فيه بالنظر وهذا عين ما يحصل في الدماغ أيضا ومن
 المستغرب ان السدد السبارة تكاد توجد على الدوام في الشريان اليساري
 لحفرة سلويوس ومن الجائز توجيه ذلك بان الشريان السباني اليساري ينشأ
 من قوس الاورطي في استقامة اتجاه التيار الدموي بخلاف الجذع الشرياني
 الا ان اسمه له فانه يكون زاوية عظيمة مع القوس المذكور

ثم ان التنكر في جوهر الدماغ الناشئ عن انسداد الاوعية وعدم تكون
 دورة تفهمية جانبية كافية يؤدي لاسترخاء ولبس في جوهر هذا العضو ولذا
 ان الانيميا الناشئة عن التنكر زامير نوعا مخصوصا من اللين الدماغى يسمى
 باللين البسيط أو الاصفر والبورة اللينة يكون مجلسها في الجسمين الكريين
 العظميين ولا سيما في جوهرها القضاعى بسبب كثرة الانسداد الوعائى فيهما
 وعدم تعادله ويختلف عظم البورة اللينة فتكون من حجم الفولة الى البيضة
 ثم ان درجة اللين تختلف أيضا في الاحوال المتقدمة يوجد جوهر الدماغ
 في المحلات المتنكرزة مستحيلا الى عجينة رخوة منهوجة ولون الاجزاء اللينة
 يكون تارة مبيضا وتارة صفرا مبيضا وتارة مصفرافى الحالة الاولى يوجد
 حول الجزء اللين هالة حمرة ناتجة عن تمدد الاوعية الشعرية وغزوها وخروج
 الدم منها وفي الشكل الاول من الانيميا الدماغية الموضعية الناشئة عن

سد ذاتية او سيار في الشرايين الدماغية لا توجد على الدوام في الصفات
 التشرىحية الاجزاء المتوزع فيها الشرايان المنسد متمعة مع الوضوح بل
 بالعكس فانها كثير امانكون متوشعة بشرايين صغيرة خصوصا في دائرتها
 وهذا التغير مطابق للتغيرات التي تحصل في غير الدماغ من الاعضاء وتكون
 ناشئة عن اعداد الاوعية بواسطة السدد الذاتية او السيار وتوجيه ذلك
 عمر كما ذكرناه عند الكلام على السدد الدموية للرتين وحيث كان التمييز
 في ذلك عمر اقل يعرف هل جزء الدماغ المصاب كان في اثناء الحياة في حالة
 انيميا ام لا فيبقى التمسك بالقاعدة المطردة وهي انه في جميع الاحوال التي
 فيها يملك شخص مصاب بمرض من او واحد في الدماغ مصحوب بشلل نصفي
 جانبي ولم يتضح من الصفات التشرىحية توجيه اعراضه يفتي البحث بالادلة
 عن وجود اعداد الشرايين الدماغية سيما شرايان حقرة سلويوس فانه قبل
 التنبية بوجود هذا التغير المرضي لم يستدل بالصفات التشرىحية في كثير
 من الاحوال على اسباب بعض الامراض الدماغية الثقيلة المصحوبة بشلل
 جانبي وكان يقال بوجود سكتة دموية داخل الاوعية وبهذا بقي حصول
 الشلل الجانبي منهم ما بالكليه وكذا اللون الاصفر للبورة اللينة يظهر انه
 يتعلق بالتريز القليل الاتي من الاوعية الشعرية المتفرقة وتشرب جوهر
 الدماغ المتكسر بمادة الدم الملونة المتغيرة الخارجة من الاوعية وعند استقرار
 اللين زمن اطول لا تستفصل البورة اللينة الى مادة خلائصة من تشبة بسائل
 ابيض جيري (يسمى بالارتشاح الخلقي) وعند البحث بالميكروسكوب
 عن الاجزاء الدماغية المتكسرة لا توجد الا بقايا من الالياف العصبية
 وخلايا ذات نويات وهي عبارة عن الخلايا العصبية المسكوبة للاستفالة
 الشحمية أو عبارة عن اخلية الاغمد العصبية المسكوبة أيضا للاستفالة
 الشحمية ومواد ملونة فاسدة

واما الانيميا الدماغية التي تشاهد في محيط بوران مرضية محدودة وتكون
 ناتجة عن الاوذيميا التشممية فتعرف عند فعل الصفات التشرىحية بكون
 الجزء المصاب ذا لمان طرب وقوامه متناقصا وبقلة ارتفاعه عن
 موازاة الاجزاء المحيطة به عند شق الدماغ وفي الدرجات العظيمة يكون جوهر

الدماغ كثير الاسترخاء بسبب الارتشاح الخلالي بل ويمكن ان يتكون انتهاء ما يعرف باللين الابيض وقصارى الامر بوجود انسكاب مترين شعري قليل في محيط الاورام والخراجات معصب غالباً دائماً تقمصية جانبية ويسهل في الجملة معرفة الانيميا الدماغية الجزئية التي تكون ناتجة عن وراث مرضية مضيقة لتسع الجمجمة في الاجزاء الدماغية المصابة فان الضغط الذي يحدث بواسطة الانسكابات الدموية العظيمة والاورام الكبيرة يكون عظيماً جداً بحيث ان الاوعية الشعرية والشرايين الرفيعة والازودة لجوهر الدماغ تكون منضغطة خالية عن الدم بل والوعية الغليظة للمصابا الممتد اليها هذا الضغط فان كان مجلس البورة في احد النصفين الكريين برز بقوة عقب فتح الجمجمة بحيث ان الام الجافية تظهر كابية واكثر توتراً في الجهة المصابة من الجهة الاخرى وعند فتح الام المذكورة ورقتها يرى ان سطح النصف الكري المريض مستو ولا يوجد في المسافات تحت العنكبوتية الا قليل من السائل والا يوجد بالكلية وتكون تعاريج سطح النصف الكري المريض قليلة الارتفاع ومبازيه اكثر تفرطحاً ووعية الام المنونة قليلة الامتلاء ووافرغة بالكلية وبالجملة يوجد في سطح شق الدماغ اختلاف عظيم بالنسبة للون النصفين الكريين وبالنسبة لعدد النقط الدموية النابتة من سطح الشق والدلالة الا كيدة على تمام انضغاط الاوعية الشعرية لجوهر الدماغ الذي يكون مجلس البورة مرضية تؤخذ في مثل هذه الاحوال من كون الشرشرة المخية وخيمة المخيض منقادتين للضغط الممتد اليهما بحيث تكون الشرشرة المذكورة قعدت في الجهة السليمة وخيمة المخيض تكون أكثر تفرطحاً وقعدت باعندما تكون البورة المرضية المضيقة لتسع الجمجمة في الحفرة الخلفية منها ومن هذا التغير يستدل ايضا على ان الانيميا لا تكون قاصرة على اجزاء الدماغ المصابة ابتداء بل انها تمتد الى اجزاء اخرى ولو بدرجة قليلة

* (الاعراض والبير) *

الانيميا الدماغية القاصرة على بعض اجزاء الدماغ تؤدى الى ما يسمى بالاعراض البورية وهي عبارة عن ظواهر مرضية متعلقة في الاحوال

التي فيها تكون الانميائية في الجزء المصاب بانطفاؤه قابلية التنبيه العصبي للجزء الدماغى المصاب أو بعلامات ازدياد قابلية التنبيه أو ثورانه أو ثوراناً مرضياً متى كانت الانميائية غير تامة وفي محيط الجزء الفارغ من الدم بل وفي الدماغ جميعه تصكون الدورة الدموية مضطربة بحيث ينضم الاعراض اللاواسطيه من الانميائية الجزئية اعراض اضطراب الدورة التابى المتفاوت الامتداد ومع ذلك فلا يكون كل من الاعراض البورية واعراض اضطراب الدورة الدماغية التابى والاتحاد هما بعض واصفاً للانميائية الدماغية الجزئية ولذا نقول مع الصراحة بعكس ذلك ان كلامنا من الاعراض البورية واعراض الاضطراب الدورى التابى واتحادها ببعض يحصل في كثير من غير هذه الاصابة من الاصابات الدماغية البورية فانتاولو عرفنا في انشاء الحياة احداثا كلال الانميائية الدماغية الجزئية او الاخرى امكنا ان في وجود اصابات بورية اخرى الا انه لا ينبغي التخصيص الا على اعتبار الاحوال السببية وتتابع الظواهر المرضية ووجود اعراض تدل على المجلس الكثير الحصول لاحد هذه الاشكال المرضية

ونبتدى بشرح الصورة المرضية التي تظهر وتسير بها الانميائية الدماغية الجزئية الناتجة عن انسداد وعائى ونبين انه باعتبار ما ذكرناه من الامور السابقة لا يندر اماكن تفضيخ هذا الشكل من اشكال الانميائية الدماغية الجزئية مع التقريب بل بالتحقيق واليقين ومع ذلك فاسباب السدد الذاتية الاوعية الدماغية تختلف بالكلية عن اسباب السدد السيارة فيها وكذا باقى الامور التي يرتكن اليها في التفضيخ لا توافق بعضها في كل من السدد السيارة والذاتية لاوعية الدماغ ولذا انتنا شرح كلامنا من هذين الشكلين على حدته فنقول

اما السدد الذاتية لاوعية الدماغ فمبها غالباً في معظم الاحوال الاستتالة الاثر ما توزية لجدر الاوعية وحيث ان هذا التغير يحصل في الطور المتقدم من الحياة غالباً فمن الواضح اليقين انه عند مشاهدة امراض آفة ثقيلة في الدماغ عند منحص طاعن في السن ضعيف البنية يظن بوجود سدة ذاتية في احدى اوعية الدماغ وشكل لبس الدماغ المتعلق بهذا التغير دون ما اذا

شاهد ذلك في شباب قوى البنية متى ظهرت عنده اعراض اصابة دماغية ثقيلة فان كانت الاوعية الثريائية الدائرية مع ذلك يابسة متعرجة في سيرها قوى الظن بان شرايين الدماغ مكابدة لتلك الاستحالة وان الظواهر الدماغية الموجودة متعلقة بهذه الاستحالة ومع ذلك فحالة الشرايين الدائرية وضفتها لا يحكم منها مع التأكيده على حالة وصفة الشرايين الدماغية فانه في كثير من الاحوال تكون هذه الاستحالة قاصرة على اوعية الدماغ وفي غير هامن احوال نادرة تكون شرايين الدماغ سليمة من تلك الاستحالة مع انها منتشرة في الشرايين الدائرية وما عد ذلك فالانيميا الدماغية الجزئية وتنكسر الجزء الواقع في الانيميا ليس هو المرض الدماغى الوحيد الناتج عن الاستحالة الاثر ومانوزية في شرايين هذا العضو

ومن المعلوم ان هذه الاستحالة في جدر الاوعية تؤدي عادة لتعدد واتساع في الجذوع الثريائية العظيمة وتضايق في الشرايين الصغيرة فكذا الشرايين الدماغية المكابدة لهذه الاستحالة يحصل فيها تضايق عادة قبل انسدادها بسدد ذاتية وطبقا لذلك لا بد وان تسبق اعراض السدد الذاتية اعني الانيميا والتنكسر الجزئيين للدماغ الناتجين عن ذلك بظواهر سابقة في جميع الاحوال وهي عبارة عن اعراض اضطراب الدورة الذى يؤدى اليه تضايق احد اوعية الدماغ أو عن اعراض الفمور الدماغى الشخوى الذى يساعدو يصرع في حصوله الاستحالة المرضية لجدر هذه الاوعية الدماغية فتشتكى المرضى بالآلام في الدماغ ودوار وطنين في الاذنين وشرر أمام العين وتنقص في القوة المفكرة وفي حديثها فيصبرون في حالة نخود لا يعتنون بما حولهم من الامور ولهم ميل عظيم للنوم غير انه يصير مضطربا بأحلام مزعجة وفي الغالب تسد ابتداء الشرايين الصغيرة وذلك اما لكون الاستحالة الاثر ومانوزية تؤدي ابتداء لانسداد تام فيها أو أن قطرها يضيق فينسد بواسطة السدد الذاتية والانيميا الدماغية الجزئية الناتجة عن انسداد اوعية صغيرة تكون قليلة الامتداد ولذا يمكن تعادها بسهولة بواسطة ازدياد توارد الدم من الاوعية المجاورة وحينئذ يظن بوجود هذه التغيرات متى

ظهرت عند شقص منهوك كانت قد اضرته من منذ زمن متعاقب الطول
 ظواهر دماغية سابقة اعراض بورية قاصرة على دائرة صغيرة محدودة
 ثم تزول ثانيا بعد مكثها زمانا قليلا وذلك كنقص احد الحروف عند التكلم
 او فقد القوة المذكرة لبعض الاعماء او الاعداد والالم والاحساس بالتخل
 او خدر بعض الاطراف كبعض اصابع اليدين او القدمين احيانا وقد قال
 كثير من المؤلفين ان تعاقب الاعراض لاسيما ظهور الشلل وزواله ظاهرة
 مشخصة للين الدماغ وهذا القول خطأ فانه في الاحوال التي فيها تكون
 الاعراض المرضية قد اظهرت هذا التعاقب ووجدلين الدماغ في الرمة فلا
 بدوان البورة اللينة لا تكون قد حصلت في الزمن الذي كانت تتعاقب فيه
 الاعراض بل بعده زمن متأخر كانت قد بقيت فيه مسفرة واما ظهور
 الشلل القاصر على بعض اجزاء صغيرة محدودة ثم زواله بسرعة فهو عكس
 ذلك دال على الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن استحالة اثر واما توزية
 وانسداد شرايين دماغية صغيرة بسدد ذاتية متعادل بواسطة ورود الدم
 التكملي الجانبى بسرعة واما ان انسدت شرايين عظيمة وانسدت شرايين
 عديدة صغيرة متوزعة في هذا الجزء من الدماغ بواسطة سدد ذاتية فلا يمكن
 تكون دورة تكميلية جانبية مهيمنة كانت الاستحالة المرضية لجدر
 الاوعية ممتدة جدا وحينئذ لا تعود لجزء الدماغ المصاب وتليفته ووجود بعض
 اجزاء للدماغ كالجوهر الابيض من النصفين الكريين العظيمن مثلا يمكن
 فسادها بدون ان يدرك وقد وظائفها وهذا الامر الثابت بالتجارب يوجه به
 وجود احوال من لين الدماغ لا يظهر فيها انشاء سببها ظواهر شلل ويجب
 علينا معرفة ذلك حتى ندرك ان تشخيص لين الدماغ احيانا وتمييزه عن
 الضمور الشخوي غير ممكن وذلك لفقد الامر المهم الذي يرتكن اليه
 في التشخيص التمييزي ومع ذلك ففي الغالب تمتد نتائج السدد الذاتية
 للشرايين العظيمة اول عدد عظيم من الشرايين الصغيرة الدماغية الى اجزاء
 من هذا العضو يؤدي فقد وظائفها الى ظواهر شللية ولا سيما الفالج اعني
 الشلل النصفى الجانبى اى الى الاجسام المضلعة والاسرة البصرية
 وفي الحقيقة الشرايين التي تغذى النصفين الكريين والعقد العصبية

العظيمة الكائنة فيها هي الاكثر اصابة وانسداد بالسدد الذاتية بل وفي
 الاحوال التي فيها لا يمتد كل من الانيميا الناتجة عن الانسداد الوعائي بلا
 واسطة اولين الدماغ الذي ينتج عن ذلك الى الاجسام المضلعة والاسرة
 البصرية لا بد وان تفقد هذه الاخيرة وظيفتها اما بواسطة الاوذيا النهمية
 الجانبية الحاصلة في محيط البورة اليمينة او بواسطة الضغط الذي يعترى
 الاوعية الشعرية لجميع النصفين الكريين من هذه الاوذيا فان انسداد وعاء
 عظيم بواسطة سدة ملتصقة يحدده ثم غت بالتدريج او انسدت شرايين عديدة
 صغيرة احداها بعد الاخرى بواسطة تلك السدد الذاتية ابتداء الشلل
 بالتدريج ثم يصل شيئا فشيئا الى درجة عظيمة والاحوال التي تسير بهذه
 الكيفية تسهل معرفتها انه وان كان الشلل الحاصل تدريجيا والمرتقي ببطء
 يحصل في كثير من غير هذا المرض من امراض الدماغ الا انه يجب علينا عند
 مشاهدة تلك الظاهرة في شخص مس منهلوك وكان معتريه الظواهر الدماغية
 السابق ذكرها لا بد وان ينظر ابتداء بانه مصاب بانسداد ذاتي في اوعية الدماغ
 وشكل اللين الدماغى الذي نحن بصدده وفي اثناء ازدياد ظواهر الشلل
 وامتدادها التي ينضم اليها غالبا انقباض واعتقال في الاجزاء المتشكلة بدون ان
 يمكننا توجيه هذه الظاهرة تقع المرضى في حالة هبوط وبه وتخرج منهم المواد
 البرازية بدون ارادة ويحصل لهم غثغرين وضعية ثم نهلك في حالة تموكة
 وكوما وفي احوال اخرى يختلف السير منى انسدت اوعية عظيمة او عدد عظيم
 من اوعية صغيرة بواسطة السدد الذاتية انسداد امر يعا اذ في مثل هذه
 الاحوال يحصل الشلل الجانبي اى الفالج بقاؤه وبذا قد تظهر صورة مرضية
 مشابهة بالكلية لصورة التزيف الدماغى وهذا التشابه سهل الادراك فانه
 في احوال التزيف الدماغى تتم تلك الاجسام المضلعة والاسرة
 البصرية غالبا وانما تفقد وظيفتها عقب الضغط الذي يعترى الاوعية
 الشعرية لجميع النصف الكرى عقب الضغط الناتج عن انسكاب دموى
 غزير وكذا في احوال التزيف الدماغى يحصل الفالج بقعة وينضم لذلك ان
 تنزق اوعية الدماغ يحصل بالخصوص عند الشيوخ وان هذا التفرق ينتج
 في معظم الاحوال عن اصابة جلد الاوعية بالاستحالة المرضية التي تؤدي

للسدد الذاتية غالباً ولا تتعرض لمرور الاعراض التي يثبت على معرفتها فعل
التشخيص التمييزي بل نذكر هنا فقط قول (بجر) الذي تقر بفضلها العلوم
الطبية وتشهد له بكونه قريباً من حقيقة التشخيص حيث ذكر انه قيد
في مشاهداته سبعة أحوال شخص فيها المرض خطأ ولم يستين الامر
ويتضح مع التحقيق الابطال الصفات التشريحية وذكر أيضاً انه لا يمكن
تجنب هذا الخطأ ويندر الحكم مع التأكد بتشخيص التزيف الدماغى
في كل نشبة سكتية

وكذا شكل الانيميا والنكروز الجزئيين للدماغ الناشئين عن سد سيارة يكاد
يسبقهما على الدوام ظواهر مرضية سابقة واصفة الا انها ليست عبارة عن
ظواهر مرضية آتية من جهة الدماغ كما في الشكل السابق من الانيميا
الدماغية الجزئية بل عبارة عن اعراض امراض تسكاد تؤدي على الدوام
لشيخ السدد السيارة في اوعية الدماغ أعني اعراض آفة في احد الصمامات
القلبية او التهاب الغشاء الباطن من القلب او تغير مرضي ثقیل مقسد
في جوهر الرئتين فوجود ظواهر مرضية سابقة من هذا القبيل او عدمه
والاستدلال عند البحث عن المريض بوجود آفة في الصمام او التهاب في
الغشاء الباطن من القلب او تمسك في جوهر الرئتين او عدمه له أهمية عظيمة
في التشخيص والتمييز بين وجود انسداد وعائى في احد شرايين الدماغ بسدة
سيارة أو غيره من امراض الدماغ بحيث انه عند وجود مجموع اعراض من
هذا القبيل يمكننا تشخيص السدة السيارة في الدماغ مع التأكد في الحالة
الاولى ورفضها مع التأكد في الحالة الثانية فانه بواسطة امتناع الدم
الشرياني فجأة عن احد اجزاء الدماغ الناقص عن انسداد شريانه يفقد هذا
العضو وظيفته فجأة ايضاً وحيث يكاد يتبع العجائب المعلومة ان السدة
السيارة تسد على الدوام شرياني حفرقي سلفيوس لاسيما اليسرى وان
انسداد هذا الوعاء العظيم ينتج عنه انيميا النصف الكرى العظيم المتغذى بهذا
الشرياني فمن الواضح ان الشلل الجانبي اى الفالج الجنبى الطارئ فجأة هو
العرض المهم الذي يستنتج منه سدة سيارة في احد شرايين الدماغ
وسدها له عند مريض معتريه آفة مهمامة في القلب واما فقد الادراك التام

أي النسبة السكتية الذي يصاحب انسداد أحد شرياني حفر قى صليبيوس
 ويعقبه على الدوام طر والشلل النصفى الجانبي فحصر التوجيه ونفس نظن أنه
 من القريب العقل أن هذه الظاهرة تنفج عن انتفاخ النصف الكرى
 المصاب انتفاخا عظيما بواسطة الاوذىما التغممية الجانبية وان (مثل ما يحصل
 فى الانسكابات الدموية العظيمة) النصف الكرى المقابل لا يكون محفوظا
 بالكلية من الضغط الواقع عليه من النصف الكرى المريض بواسطة الشرشرة
 الحمية التى ليس لها الادرجة مقاومة قليلة واقله اننا نشاهد على الخوام فى
 احوال السدد السيارة لبعض الشرابين الدائرية او ذيماعظمية ممتدة فى
 محيط الشرابين المتسد وكذا يشاهد فى احوال السدد السيارة للشرابين
 الطحالى انتفاخ اوذىماوى عظيم فى هذا العضو ومن الواضح البين ان الشلل
 النصفى الجانبي الطارئ فجأة المحسوب ابتداء بنسبة سكتية يسهل اختلاطه
 بالتزيف الدماغى ويجوز الارتكان الى السن فى التمييز بين التزيف الدماغى
 والسدد السيارة لاوعية هذا العضو فان التزيف الدماغى يحصل غالبا عند
 المتقدمين فى السن واما السدد السيارة فتحصل فى جميع اطوار الحياة ولذا
 يكون الظن عند اصابة شخص شاب بوجود سدة سيارة أقوى من وجود
 تزيف دماغى لكن الطريق الوحيدة لعدم الوقوع فى الخطا هو البحث بالدقة
 عن القلب والرئين ويزداد التأكيد فى التشخيص بالاستدلال حال البحث
 على وجود آفة صمامية وغير هامةى امكن مع ذلك اثبات وجود سد سيارة
 فى شرابين دائرية او شرابين بعض الاعضاء الباطنية كالطحال والكليتين
 وفى غالب الاحوال يطرأ الموت بعد القوبة بزمان متفاوت مع اعراض الشلل
 العموى وفى احوال أخرى يعود الادراك ثانيا ومن النادر زوال ظواهر
 الشلل وهذا الامر يتج كايئناه عن صعوبة حصول دورة تغممية جانبية

واما الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن اوذيماعظمية جانبية فى محيط
 الخراجات والاورام او غير هامةى البورات المرضية فانها تتضح على حسب
 درجة الانيميا اما بظواهر التيج او ظواهر الشلل التى تضاعف الاعراض
 اللا واسطية لتلك الاصابات البورية وباضطراب فى وظائف اجزاء الدماغ
 الكائنة بعيدا عن تلك البورات المرضية وعند فعل الصفات التشرىحية

وان كان من العمر جدا التنا كد من وجود الاوذيميا او الانيميا الشعرية
 في محيط الخراجات او التولدات الجديدة ونحو ذلك ودرجة امتداد سالانه
 يجوز لنا القول بان محيط تلك البورات المرضية في الدماغ يشابه ويطلق
 ما يحصل في الاجزاء المشاهدة بالنظر والذي يجرؤنا على هذا القول واعتباره
 هو انه لم يخف على كثير من المؤلفين انه كثيرا ما تظهر في احوال الاصابات
 الجزئية للدماغ اعراض لا يمكن نسبتها للتغير المادي الجوهر في الدماغ
 الذي يوجد في الجثة عند فعل الصفات التشريحية بل ينسب ولا بد لتغير غير
 مدرك في اجزاء الدماغ الكائن في محيط تلك البورات المرضية ومن
 القريب لا يقل جدا ان هذه التغيرات تتعلق باضطراب في الدورة الشعرية
 وظهور الاوذيميا وذلك لان هذه التغيرات كثير ا ما لا تبقى اثر في الجثة بحال
 أخرى وقد تدلنا الاعراض المشاهدة في اثناء الحياة على امتداد
 الاضطرابات الدورية الطبيعية والاوذيميا التفرعية الجانبية لالة واضحة
 زيادة عن فعل الصفات التشريحية فثلاث شهور قد لا او تشيخ عند وجود
 بوران مرضية غير مضبوطة لتسع الجمجمة في الجوهر القشري والقضاعي
 للنصفين الكريين التي تهتكها وفسادها لا يحدث تشوهات ولا شلال ذلك
 على امتداد التغير الذي نحن بصدد له الى اجزاء بعيدة بعيدة من الدماغ
 وحيث تحقق بالتجارب العديدة انه يمكن ثمنك وازالة احد نصفي المخ
 بدون ان يحصل شلل جانبي لا يمكن حينئذ نسبة وجود هذا الشلل الجانبي
 في احوال الاصابات الجوهرية القاصرة على المخج للاصابة المرضية لهذا
 العضو بلا واسطة بل من امتداد الاوذيميا الجانبية على اجزاء من الدماغ التي
 ينتج عن فقد وظيفة شلل نصفي جانبي للمشاهدة البعيدة من احوال
 الاصابات الجانبية للمخج لا يشاهد في بعض الاحوال شلل نصفي جانبي وفي
 احوال أخرى يشاهد الشلل في الجهة المسامطة وفي بعض الاحوال في الجهة
 المقابلة توجه ولا بد بكيفية بسيطة وهو انه في الحالة الاخيرة تمتد الاوذيميا
 التفرعية الجانبية على طول فتحة المخج الى الحدة الخفية (الى قنطرة
 فارول) والى الجهة الجانبية من تلك القنطرة بخلافها في الاحوال التي فيها
 يكون الشلل مصيبا للجهة المسامطة الى التي توجد فيها اصابة المخج يكون

الدماغ السائلة في الحفرة الخلفية بين الجمجمة فكثير الوضوح والاستمرار
ويوجه ذلك بانخية المخيخ تقاوم الضغط الواقع عليها أكثر من مقابله
الشرشرة المخية له وكذا يكون الاستطراق السائل بين الخزائين الخلفية بين
السفلية بين الجمجمة المحدودتين بخيطة المخيخ والقعدوى وبين الخزائين
العلويتين اقل اتساعا من الاستطراق السائل بين الخزائين العلويتين
وبعضها فانه في احوال تشخيص امراض الدماغ يسهل الوقوع في الخطأ
كما هو معلوم لكن لا بد ان ذكرنا في أخطأت في تشخيص بؤرة مرضية مضيقه
لمتسع تجويف الحفرة الخلفية من الجمجمة بل وكثير من تلامذتي اكدوا
سهولة تشخيص ما ذكر طيبة لما تقررنى وانه شخص ذلك مرارا وتكراراً
له ذلك بالصفات التشريرية ومجموع الاعراض الذي يستنبط منه تضغط
الاوعية الشعرية للاعضاء السائلة في الحفرة الخلفية هو ما يأتي
وهو عبارة عن آلام في قدم القدم محدودة وفي سبب اتوى ونوع مخصوص من
الدوار وضعف في الحساسية والحركة لا يصل الى الشلل والخدر التامين
ويكون ضعف الحساسية والحركة محدودا باستواء في جميع الجسم وتعدم النطق
والازدراد فاما الآلام القعدوية فتشأؤها بلا شك الاياف العصبية من
التواحي الثلاثة المتوزعة في الخية المخيخية المتوزعة واما القى السبب اتوى
فليس له اهمية تشخيصية على حدته لانه يحصل في الامراض الدماغية
المختلفة لكن بانضمامه الى الاعراض الاخرى يعين على وصف هذه الحالة
المرضية وتشخيصها واما الدوار الذي يوجد في احوال البورات المرضية
المضيقه للحزبين الخلفيتين ليس مجرد هوس ولا احساسا
شخصيا فحرك حقيق غير موجود في الجسم أو ما يحيط به ولا يطرأ مثل
هذا الشكل الاخير الهوسي من الدوار عند السكون او الجلوس بل
عند فعل حركات جسمية مخصوصة فعلى الطبيب ان يتسك بالقاعدة
المذكورة وهي انه عند تشكى كل مريض بالدوار يسأله هل نوب الدوار تطرأ
حالة السكون او فقط عند المشي او القيام فان اجاب بالاخير كان عند الطبيب
امر مهم يتسك به في التشخيص فان الدوار الناشئ عن اصابة مرضية
مضيقه لمتسع الحفرة الخلفية من تجويف الجمجمة ينتج كما اثبتته (امر من)

ثبوتها واضحا عن حركات اهتزازية حقيقية في الجذع لا يدركها المريض
 ادراكا كاملا بل تحدث اضطرابا في حساسية ثقله وكان ولا يتحصل عند
 الشخص العليم وقت المشي او القيام حركات اهتزازية في الجذع لولا انها
 تعاق وتتعادل بالتقباض العضلات الممددة للعمود الفقري والمائلة الى
 احدى الجهتين فانه عند المشي المستقيم الثابت يعرف انقباض العضلات
 الممددة للعمود المذكور بتوزجها وظهوره الذي يتم بالتعود المستطيل
 الغير المدرك وهذا التعود المعيق للانقباض العضلي لحركات الجسم
 الميخانيكية واهتزازها يكون مضطربا عند الأشخاص المصابة بيبوران
 مرضية مضيقا لتسع الحفرة الخلفية الجمجمة بدرجة عظيمة جدا حتى ان ذلك
 يعضد به قول جرستجر بان الخنخيع نوط بالاعمال العصبية للجذع واستقامة
 العمود الفقري واما ضعف الاحساس والحركة الذي يجمل المريض في حالة
 اهتزاز واضطراب بدون ان يرتقي الى درجة فقد الاحساس والشلل التامين
 فيوجه بأن الالياف العصبية الناشئة من المخ ومارة من الثقب القاعدوي
 العلوي الى الحفرة الجمجمة الخلفية وترتكبها مارا من اثقب القاعدوي
 السفلي بعترها ضغطا حادا سيرها وبذا يحصل عوق في سر يان التنبيه
 العصبي المركزي من الدماغ الى اعصاب الحركة وكذا في سر يان التنبيه
 الدائري من الاعصاب الحسية الى الدماغ واما اضطراب التكلم فيتنضج
 بسهولة انه ليس ناتجا عن نقص في المفكرة لعدم القدرة على وجود الفاظ
 مطابقة لأفكار المريض بل عن عدم التمكن من اجراء الحركات الضرورية
 للتكلم الواضح بسرعة وانطلاق واما اضطراب الازدراد فهو عبارة عن
 صعوبة فيه وغالبا يحصل للرئيس ما يسمى بالشرق حال الشرب ومن المشكوك
 فيه هل اضطراب النطق والازدراد ناتج عن عوق فعل كل من العصب
 الثاني او اللسان البلعومي الحاصل في منشأ كل من احد ذين العصبين
 او فيهما معا بواسطة البورات المرضية المضيقا لتسع تجويف الجمجمة
 السكائنة في الحفرة الخلفية منها ثم انه ينضم للأعراض المذكورة ظواهر
 مرضية عصبية موضعية ناتجة عن اصابة احد الفروع العصبية وان وقع
 الضغط على محل تقم الاوردة الدماغية العظيمة في الجيب المستقيم وحصل

هو في است فراغ دم الجيوب الدماغية انضم لذلك ظواهر استسقاء دماغي
منه من وسيا في بيان ذلك عند الكلام على اوارام الخنج وخرجاته هو
والجذبة المخية والتضاع المستطيل وعند الكلام على الاستسقاء الدماغي
المنه ايضا فاننا نتعرض هنا لذكر الظواهر المرضية التي تشاهد عند
وجود بورات مرضية مضيق لتوسع فتجوف الحفر الخلفية من الجمجمة مهما
كان نوعها واختلاف مجلسها

المعالجة

معالجة الانهيا الجزئية وتكرز الدماغ لا يحصل منها على فائدة عظيمة فانه
في احوال السدد الذاتية والسيارة في شرايين الدماغ لا يمكن تجنب حصولها
ولا ازالة العائق المانع لوصول الدم بوسائط علاجية فعلى الطبيب حينئذ
مساعدة تكون دورة تدمية جانبية على قدر الامكان بدون ان يعرض
المريض لخطر جديدة بواسطة احتقانات تواردية تدمية جانبية قوية
وانتام هذه الدلالة صعب ومن الجائز احداث الضرر في هذه الحالة بدلا من
الدفعه وكما كانت ظواهر الشلل الجزئي واضحة مستعصية بدون ان ينضم
لها ظواهر تنج كما كانت الطريقة العلاجية المقوية المنبهة اكثر جودة
ومنفعة وعلى حسب ذلك نرى انه يوصى في جميع احوال لين الدماغ باستعمال
الوسائط المنبهة واما ان طرأت ظواهر النهج الناجمة عن احتقان تواردي
وحصلت آلام شديدة في رأس وانقباضات عضلية ونحو ذلك فبوصى
باستعمال التبريد على الرأس وتكرار ارسال العلق خلف الاذنين والمحوالات
على القناة المعوية وان كانت ضربات القلب سريعة وفي حالة تنبيه او تقطع
وجب تلطيفها باستعمال الديجيتال بخلاف ما اذا كانت ضعيفة والنقص
صغيرا فتستعمل الوسائط المنبهة كالنبيذ والاوتير وغير ذلك واما
الاستفرغات الدموية العامة فينبغي غاية الاحتراس في استعمالها فانه كثيرا
ما يعقبها الهبوط والشلل فعلى حسب ما قررناه لا يمكن وضع قواعد عامة
في معالجة هذا المرض وانما تكون المعالجة مطابقة للحالة الشخصية الراهنة
واما معالجة الانهيا الدماغية الجزئية الناشئة عن الاوذيميا التدمية
الجانبية وعن انضغاط الاعوية الشعرية فستتكم عليها عند الكلام على

تلك الامراض البورية التي ينضم اليها هذا الشكل من الانيميا الدماغية
(المبحث الخامس)

(في التزيف الدماغى المعروف بالسكتة الدموية)
(وعند العوام بالنقطة أو الفالج)

يعنى بالسكتة الدماغية الفقد الفجائى المتفاوت الدرجة فى الوظائف الدماغية
وقد يترتب لذلك عدة اشكال على حسب كون شلل الدماغ ناشئاً عن انسكاب
دموى أو ارتشاح مصلى أو تغير مادى مدرك أو غير مدرك فى الجوهر
الدماغى فتسمى حينئذ بالسكتة الدموية أو المصلية أو العصبية أو فهو ذلك
والذى تتكلم عليه هنا هو السكتة الدموية أعنى إصابة الدماغ المتعلقة
بقزقات وعائية وانسكاب دموى سواء نتج عن ذلك اعراض شلل فجائى فى
الوظائف الدماغية أم لا

(كيفية الظهور والاسباب) *

الانزفة الدماغية تكاد تحصل على الدوام من الاوعية الشريانية الدقيقة
او من الاوعية الشعرية للدماغ وتارة تنشأ عن تغير فى جدر الاوعية
المدكورة أو فى جوهر الدماغ المحيط بتلك الاوعية او عن ازدياد ضغط الدم
الواقع على جدرها والغالب حصول التزيف من اجتماع جملة من تلك
الاسباب فاما تغير جدر الاوعية الذى يتعلق به غالباً بمزق جدرها فهو
الانتهاء الاعتيادى للالتهاب الشريانى المشتهى وكثيراً ما يحصل ذلك فى سن
الشيفوخة كما نرى عليه ابو قراط حيث ذكر ان اكثر ما يحصل هذا المرض
بعد سن الاربعين وكذا الاستحالة الشحمية البسيطة لجدر الاوعية غير
الناتجة عن حالة الانتهاء فيها وتوجد عند الأشخاص الرديئى التغذية
والمصابين بالخاور وز فائما تؤثر الى سهولة تمزق جدر هذه الاوعية ولندكر
هنا ان هذه الاستحالة تشاهد بكثرة فى الرمة اكثر من السكتة ثم ان التمزق
التام يحصل احياناً فى الطبقة الباطنة والمتوسطة قبل الظاهرة فتعقد هذه
الاحيرة بدفع الدم لها فينتج عن ذلك نوع غددات اينوريزماوية صغيرة
منتشرة وقد تشاهد احوال يحصل فيها تمزق جدر الاوعية بسهولة بدون
ان توجد تغيرات مدركة فيها كما يشاهد ذلك بندرة فى اثناء نقاهة السيفوس

والتمم الصديدي الحادوسير الاسكر بوط

وقد ذكرنا في المبحث السابق ان الين التنكرزي لجوهر الدماغ وتلاشيه
كثير اما بعقبه نزيف شعري في محيط البورة المرضية لسكن الاكثر في انتاج
التزيف الدماغى هو ضهور جوهر هذا العضو بالتدريج لان ذلك يؤدي
لعدد الاوعية ونزرة هافانه بضمور الجوهر الدماغى لا يمكن ان يتكون خلقولها
كان كل من ازدياد السائل الفقرى الدماغى وتعدد الاوعية ملازما لضمور
الشيفونى وضهور هذا العضو بعقب كثير من هذه الامراض المختلفة ومن
الجاثر ان حصول السكنة الدماغية بكثرة عند التقدم في السن منوط بهذا
الامر كما ان ميل هذه السكنة للنسكات متعلق بضمور الدماغ الناتج عن اول
نوبة منها

واما ازدياد ضغط الدم على جدر الاوعية وهو الرئيس في احداث هذا المرض
فمنشأ (اولا) عن جميع الاسباب المحدثه للاحتقان الدماغى كما ذكرنا ذلك
في المبحث الاول والثاني وكذا حصول نوبة السكنة الدماغية عقب الافراط
من المأكول والمشرب مدة تعاطيها يدل على ان الاحتقان الدماغى المتعلق
بالامتلاء الدموى الوقتى كثيرا ما يكون احدا الاشكال الخطرة للسكنة
الدماغية وزيادة عن ذلك فاضطامة البطين الايسر من القلب أهمية عظيمة
في احداث تمزق اوعية الدماغ لا سيما شكل الضفامة الذى ينتج عنه
الالتهاب الشريانى البساطنى المشوه الممتد فانه حينئذ يكون الخطر مزدوجا
وهو هشاشة جدر الاوعية والضغط المتزايد للدم الواقع عليها وينضم لذلك
ان جريان الدمى فى الشرايين الصغيرة يكون مستويا بحيث ان توتر جدرها
يكون فى اثناء حركة انقباض القلب وانبساطه مستويا تقريبا وفى الاسترخاء
الاثير وماتيز به الممتدة تكون تلك الاوعية نابضة بحيث يعترى جدرها
فى اثناء كل حركة انقباض قلبى ازدياد عظيم فى التوتر الطبيعى المتوسط
الشدة ومن الواضح ان هذا الامر يعين كذلك على سهولة تمزق هذه
الاوعية المرضية فتعلق التزيف الدماغى بالمضاعفة التى نحن بصدددها كثير
جدا حتى انه فى الحالة الراهنة يرتكز ولا بدنى تشخيص هذا المرض على
اثبات وجود تضامة فى البطين الايسر واستهالة اثر رماتيزية فى جدر

الشرابين

ثم ان السمكات الدماغية تحصل في كل فصل من السنة لكن أحيانا تحصل
بجملته احوال من هذا المرض مع بعضها في آن واحد بدون معرفة السبب كما انها
تشاهد في أي وقت من اوقات النهار حتى فعلت بعض تقاويم على كثرة
حصولها في اثناء ساعات الصباح والنظهور والمساء والسّن المتقدم وان كان
اكثر عرضة لهذا المرض فقد يشاهد في الاطفال والرجال اكثر مصابيه عن
النساء لا توجد هيئة مكتبة متصفة (كما يقال) بقصر العنق وعرض الكتفين
(الصفات التشريحية)

التزيف الدماغى يكون اما شعريا او مكونا للبورة نزيفية على حسب كون
التزيف مكونا لانسكابات صغيرة متقاربة لبعضها او لبورة عظيمة
ففي التزيف الشعري يظهر جوهر الدماغ في عمل كثير الامتداد اوقليله
منقطا بلون مجرميل الصفرة بواسطة الانسكابات الدموية النقطية الصغيرة
وجوهر الدماغ السكاثن بين هذه الانسكابات يكون اما حافظا للونه وقوامه
الطبيعيين او ملونا بلون مجرم أو مصفر بحسب اختلاف درجة تثريره او يكون
مسترخيا رطبا او مستحيلا الى عجينة رخوة متقللة بالانسكابات الدموية
وهذا (ما يسمى باللب الاحمر)

واما البورات الدموية فان كانت صغيرة كانت فيها الياف جوهر الدماغ
متباعدة عن بعضها وان كانت عظيمة الاتساع فالياف هذا العضو تنبدد
وتتلاشى وتختلط بالدم المنسكب في الحالة الاولى يكون شكل البورة
مستطिला على حسب اتحاء الياف الدماغ وفي الحالة الثانية يكون شكلها
مستديرا أو غير منتظم وجر البورة في الحالة الاولى تكون ملساء وفي الحالة
الثانية تكون غالباً مشرذمة ومحاطة بطبقة من جوهر الدماغ بعضها بعض
خطوط من تمصه بالدم وقوامها عجيني وعظم البورة يختلف فيكون من حجم
حبة الشهدانج الى قبضة اليد وان كان وضع البورة قريبا من أحد الجيوب
الدماغية ثقب جدره وانسكب الدم فيه غالبا واما اذا كانت موضوعة
بقرب سطح هذا العضو ثقب جوهر القشري والام الحنونة وانسكب
الدم في الخلايا تحت العنكبوتية والغالب انه لا توجد الا بورة واحدة في

الدماغ ويندر وجود عدة منها ومجلس هذه البورات السكتية الاجسام
 المضطربة والاعرة البصرية والجوهر القشري للتعافى للتعافى الكربين واقل من ذلك
 حصولا وجود البورة السكتية في الجوهر القشري للتعافى وفي الخنج والقنطرة
 ويندر جدا وجود هذه البورات السكتية في الاجسام التوأمية والقنطاع
 المستطيل ولا تكاد توجد بالسكتية في الجسم المندمل ولا المثمبي ثم ان من حصل
 البورة السكتية الجديدة يتسكون من دم ومن جوهر الدماغ المتلاشي والدم
 اما ان يكون سائلا او مكابدا للانعقاد وحينئذ تكون المادة الليفية متراكمة
 على دائرة البورة والدم السائل في مركزها واما قليل يكاد يحصل
 البورة وجدره تغيرات مخصوصة فان مادة الدم الليفية والجزئيات الدماغية
 المتلاشية المختلطة به تسحق الى اداة لا شكل لها ويصير مقعر البورة سائلا
 ولونه الاحمر المحمر سحبابا ثم زعفرانيا مصفرا وتتكون من المادة الملوثة للدم
 مواد يجمتية او بلورات وحينئذ تتكون طبقة من المنسوج الخاوي بين الب
 العصبي للدماغ والبورة السكتية وبذلك تتكون طبقة سميكة نديسة تحيط
 بالبورة وتركيبها كما انه يتكون في باطن البورة الياف خلوية رقيقة تبطن
 جدر البورة من الباطن وتمتد من احد الجدر الى الآخر ثم بعد زوال عناصر
 الانسكاب الدموي وامتناعها وتلاشيها تتلئ البورة بمادة سائلة مصلية
 وحينئذ يوجد في باطن الدماغ تجويف محتلي بسائل شفاف ومحاط بجوهر
 خاوي ندي ومبطن بالياف خلوية رقيقة ملونة بلون مصفر يجمتق وهذا
 ما يسمى بالكيس السكتي وهذا الكيس يبقى على الدوام غالبا لكن
 احيانا يمتد سائلا وتتقارب جدره من بعضها ولا تكون منفصلة
 الا بطبقة يجمتية وهذا ما يسمى بالنذب السكتية واما التهام البورات
 السكتية الكائنة في الجوهر القشري فتختلف عن ذلك فان الانسكابات
 الدموية السطحية العريضة الكائنة اسفل الام الحنوننة تكاد يعين
 الاستحالات التي يكاد هادم البورات السكتية المركزية فالهينة الجراء
 تسحق شيئا فشيئا الى مادة جراء سفلية ثم زعفرانية مصفرة هشة
 محدودة من الاسفل بجوهر الخ المتسكاثف ومن الاعلى بالام الحنوننة
 ثم تتكون لائح عريضة منجذبة يجمتية يوجد أعلى منها نضج مصلع علا

المسافة الخسالية واتهام التريف الدماغى الذى بيناه يعد مجيدا لكن
 فى بعض الاحوال لا يقتصر الالتهاب المحيط بالبوررة والجزء الدماغى
 المتلاشى على تسكونات جديدة خلوبة بل يمتد فينشأ عنه تهتكات ولين فى
 جوهر الدماغ او تنجح فتسحيل البوررة السكتية الى خراج دماغى والاجزاء
 الدماغية البعيدة عن محل الانسكاب الدموى توجد فى احوال الانسكاب
 العظيم خالية عن الدم وكل ما كان الانسكاب عظيما كانت انبىا هذه
 الاجزاء أشد وأقوى واما الانسكابات الصغيرة الشعرية فليس لها تأثير على
 توزيع الدم فى باقى اجزاء الدماغ واكثر ما تنضج الانبىا فى النصفين الكريين
 العظيمين اذا كانت مجلسا لانسكاب عظيم وحينئذ تكون المسافات
 تحت العنكبوتية فارغة وتلايف الدماغ منضغطة قليلا والميازيب قليلة
 الغور وحيث ان الهيئة الغير المستوية لسطح الدماغ تنشأ على الخصوص من
 وجود السائل الفقري الدماغى ومن الاوعية المحتوية على الدم السائلة
 بين التلايف الدماغية فالسطح الظاهر للدماغ يظهر فى احوال الانسكابات
 الدموية الدماغية العظيمة امس مستويا

والغالب ان تتغير تغذية هذا العضو عقب اصابته بالسكتة الدماغية فان
 تناقص القوى العقلية الذى يكاد يشاهد عند جميع المصابين بالسكتات
 الدماغية ينشأ ولا بد عن حالة ضهور فى هذا العضو وتغير فى اليافه الممتدة
 نحو القاع الشوكى خصوصا اليافه المتعلقة بالبوررة السكتية

• (الاعراض والسير) •

السكتة الدماغية تطرأ احيانا فجأة عند اشخاص سليمين من قبل واحيانا
 تسبق بطواهر مرضية تحدث عند العوام بل والطبيب الرعب يكون
 المريض مهدد باحصول نوبة سكتية فالمرضى تشتكى بالآلام فى الرأس وثقل
 ودوار وطنين فى الاذنين وشررا امام العين ونوب دوار وبضطرب نومهم
 ويكونون فى حالة قلق وتهمج وينضم لذلك زمانا مناعرض مهمم وهو
 الاحساس الوقتى بنفل وخدر فى أحد الاطراف وقد وفتى فى القوة المذكرة
 لبعض الالفاظ او الاعداد او الشلل القاصر على بعض العضلات فالظواهر
 السابقة للسكتة الدماغية هى عين الظواهر التى شرحنها فى البحث السابق

وذكرنا انها اعراض الاحتقان الدماغى العام او الجزئى واعراض الانيميا
الجزئية الناتجة عن استهالة فى جذر أو عية الدماغ وهذا الامر يطابق
بالكلية كثرة تعلق التزيف الدماغى تارة بازداد الضغط الباطنى الواقع
على جذر الاوعية الدماغية وتارة باستهالة مرضية فى جذرها وعلى كل حال
لا يمكن بت الحكم فى الحالة الراهنة بان كان فقد الحساسية والشلل الجزئيين
الوقتيين المعلنين بالنوبة السكتية والسابقين لهما متعلقين بسدد ذاتية فى
الاوعية الصغيرة او بازرقفة شعرية وفى الحالة الاخيرة لا تعد حينئذ من
الظواهر السابقة لهذا المرض

ثم ان تددد الالياف العصبية المخية وتلاشيها واه كانت متهتكة كما فى
الانسكابات الدموية العظيمة أولئشة كما فى الانسكابات الشعرية القليلة
لا ينتج عنها كما ذكرنا سابقا نتائج لا واسطية أخرى الا شلل جزئى وحيث ان
تبدد بعض اجزاء المخ وتلاشيها لاسيما الجوهر النخاعى للنصفين الكريين
العظيمين لا ينتج عنه اضطرابات وظيفية مدركة فمن الواضح ان الانزفة
القليلة التى تحصل فى هذه الاجزاء كغيرها من اصاباتها المرضية لا تدرك
مدة الحياة احيانا

ثم اتناقدينا ان المجلس الكثير المحمول الانزفة الدماغية هو الجسممان
المضلعان والاسرة البصرية فتمتلك هذه الاجزاء وقوائم المخ ينتج عنه شلل
فى نصف الجسم المقابل لها ومن السهل اثباته ان الشلل الحاصل من فساد
تلك الاجزاء وتبددها ينشأ ولا بد عن اقطاع التواصل العصبى بين الاعضاء
المنوطة بفعل الارادة والقوة المدركة وبين الاعصاب المحركة والمضلات
المتوزعة فيها واما قابلية التذكر والارادة فلا تكون مضطربة فانه بعد زوال
النشبة السكتية التى يخطئ فى اثباتها الادراك بالكلية ان امرنا المرضى
بحركة اليد المنشلة شاهدنا انهم يستعينون لاتمام هذه الحركة بايد الغير
المنشلة لان اليد المنشلة لا تستطيع الارادة عندهم دون اليد الساية وهذا
بدل على وجود الارادة عندهم باتمام تلك الحركة ومن جهة اخرى فكل
عصب محرك فى الجهة المنشلة متى اثر عليه التيار الكهر بائى يحدث ولا بد
انقباضات عضلية فى العضلات المتوزعة فيها حينئذ يتضح ان ما يحصل فى هذا

المرض انما هو انقطاع التوصيل بين الخلايا العصبية التي هي ايتم فعل الارادة
وبين الاعصاب المحركة التي لم تزل حافظة لقابلية تنبيهها وهذا الانقطاع
في توصيل التأثير المحرك ليس له ادنى فعل في حركات الجهة المنشئة لتي
لا تحصل بطريق الارادة بل بفعل الانعكاس فان المريض المصاب مثلا
بسكتة دموية في النصف الكرى اليسارى والحاصل عنده شلل في الذراع
والفخذ الايمن يحرك عند التنفس النصف اليميني من الصدر كاليسارى
منه كما ان الاتصال بين الاعصاب المحركة وبين الالياف والخلايا العصبية
التي تنبئه ببعض الافعال النفسية لا يزول باقطاع التواصل العصبي
الارادى الذى نحن بصدده والذي يؤيد ذلك ان مثل هؤلاء المرضى الذين
لم يكن لهم قدرة على فعل انقباضات عضلية ارادية في احدى جهتي الوجه
كحركات الضحك او البكاء اذا امروا بذلك يحركون هذه الاجزاء كالحالة
الطبيعية متى لم يريدوا الضحك او البكاء بل وفي حالة انفعال نفسانى
كما انه لا يترتب على انقطاع توصيل التأثير العصبي من الاجزاء المركزية
المنوطة بفعل الارادة الى الالياف العصبية المحركة انقطاع اتواصل
بين هذه الالياف الاخيرة والالياف الحساسة وينهاو بين غيرهما من
الياف المحركة ولذا التناجد حصول حركات انعكاسية او اشتراكية
بدون اضطراب بل ربما كان اسهل عما يحصل في الحالة الاعتيادية بحيث
يظهر ان تنبيه الالياف العصبية المحركة اذا لم يكن متعلقا بالارادة
يحصل بسهولة عن الحالة الطبيعية بالفعل المنعكس ومن الواصف للشلل
الناسي عن تنك احد الاجسام المضادة أو الاسرة البصرية كون هذا
الشلل قاصر على عضلات الاطراف والوجه الممتدة الى زاوية الفم والانف
والى العضلات المنوطة بتدوير اللسان ودفعه الى الخارج فان المرضى يكاد
يمكنهم المضغ في الجهة المنشئة واحداث ثنى في الجبهة وغلط الاجفان وفقدوا
واحداث حركات تامة في العينين ونحو ذلك لكن لا يمكن لهم قدرة على
تحريك الذراع او الرجل او اليد المنشئة الى أعلى ولو بقدر قيراط وتكون
زاوية الفم ساقطة الى اسفل وطاقة الاتقضية وتارة يحصل انتفاخ في
الشدق عند كل حركة زفير كالفم المرتخى بخلاف الجهة الساية فغيرها تكون

زاوية القم من تقعة الى اعلى وطاقة الانف مقددة وعند اخراج اللسان من القم شوهد ميل طرفه الى الجهة المثلة وماذا ك الالكون عضلات الجهة السليمة هي التي بانفرادها تدفع قاعدة اللسان وتعدد وفي غالب الاحوال يحصل مع الشلل في النصف الجانبي فقد حساسية نصفية جانبية ايضا لكن هذا الانخير يزول عادة عما قليل من الزمن بالكفاية او معطه موسير فقد الحساسية المذكورة وكذا التجارب المعلومة من ارا الحيوانات لا تمس عند فساد كل من الجسم المضلع والاسرة البصرية وان قابلية الحساسية عندها بالالم تستقر بعد ازالة الاجزاء المذكورة يؤيد أن فقد الحساسية الوقتي في الجهة المثلة لا يكون متعلقا بلا واسطة بفساد الجسم المضلع او الاسرة البصرية بل بانضغاط الاوعية الشعرية لاجزاء الدماغ الكائنة أسفل منها الناجم عن الانسكاب الدموي

وعين هذه الاعراض الناتجة عن الانسكابات الدموية في الاسرة البصرية والاجسام المضاعفة تحصل من انسكابات دموية في غير هذه الاجزاء من النصفين الكريين بشرط ان تكون غزيرة جدا حتى ان الاوعية الشعرية لتلك الاجزاء تنضغط بها وتبعالما ينها في المبحث السابق في الكلام على الانيميا الدماغية الجزئية وتأثيرها في الوظائف الدماغية لا يستغرب كون هذه النتيجة واحدة ومطابقة بل من الواضح ان هذا ضروري والفرق الوحيد هو أن البورة السكتية العظيمة التي بها يمتك كل من الجسم المضلع والسرير البصري يخلفه فالج لا يزول بالكفاية وأما البورات الصغيرة في الاجزاء المذكورة التي لا تمتك بها اليافها واخلالها بالعصبية بل يتباعد عن بعضها فقط فيخلفها شل وقتي ومن هذه التجارب يستنتج ان الجهاز الموجود في الدماغ المنوط بتنبية الاعصاب المحركة متى تنبيه بالارادة يكون مجلسه بلا شك في قسم الجسم المضلع والسرير البصري واما البورات السكتية العظيمة التي مجلسها في محال اخر من النصفين الكريين العظيمين فانه لا يندر ان يخلفها شل متفاوت المدة فيسنتج من هذا السير ان الاوعية الشعرية للبورة المركزية المحركة تخلى عن الضغط بامتصاص الانسكاب ولو بهضا منه فبر الدم منها ثانيا او ان الاوذيميا التغممية الجانبية في محيط جزء الدماغ

المتهتك التي امتدت الى مجلس البورة المركزية المحركة نزول عقب التثام
البورة السكتية

واما الانسكابات الدموية التي يجلسها الجوهر القشري للنصفين الكريين
العظيمين للنج التي تكاد تكون دائما مصحوبة بتزيف في جوهر الام الحنونة
ففيها يحصل في بعض الاحوال لاجمعها شلل جانبي وهذا الاختلاف يتعلق
بدرجة امتداد نتائج التزيف الدماغي نحو الباطن كما ذكرنا ذلك مرارا
اعني بانضغاط الاوعية الشعرية او الاوذيا التغممية الجانبية بان كانت هذه
النتائج امتدت الى الجسم المضلع والسرير البصري او لا وزيادة عن ذلك فانه
يشاهد في هذا التزيف تشنجات عامة واضطرابات ثقيلة في الوظائف
العقلية غالبا وحيث دلت التجارب على ان الاشخاص المصابين باسقطالات
عمدة متقدمة في الجوهر القشري او ضموره لا يظهر فيهم اضطرابات عقلية
غالبا مادامت الاصابة قاصرة على جهة واحدة فكثرة وجود هذه
الاضطرابات المذكورة في التزيف الجانبي لهذا الجوهر أى في احدى
الجهتين منه توجه ولا بد بان التزيف والتغيرات الالتهابية التابعة له في الام
الحنونة التي لاصابتها ميل عظيم الى الامتداد قد امتدت الى النصف
الكري الآخر

واما انزفة القنطرة المخية فاما تؤدي بمرحلة للهلاك مادام فيها بعض امتداد
واما تزيف النخاع المستطيل فانه يؤدي للهلاك عادة ولو كان قاصرا
بالكلية وفي احوال التزيف القليل جدا في الجهة الجانبية من القنطرة
يحصل فقد الاحساس وشلل في الجهة المقابلة واما التزيف القليل لمركز
هذا العضو فينتج عنه شلل مزدوج في الجهتين

وفي الانزفة المخيخية يحصل غالبا شلل في الجهة المقابلة ومع ذلك فالفالج
هنا لا يتعلق بلا واسطة من اصابة المخيخ فانه لا يشاهد عقب فساد هذا
العضو الممتد شلل غالبا

ولا يجوز الظن لاختلاف المحال التي تشاهد فيها الانزفة الدماغية بان الشلل
المتعلق بهذا التزيف يظهر صفات متغيرة في الاحوال المختلفة فان الواقع
عكس ذلك اذ في معظم الاحوال يظهر تطابق عظيم واضح فانه تؤدي الى

الفالج المعلوم السابق شرحه ومن المهم جداً معرفة هذا الامر الذي يوجه
يكون أغلب الانزفة الدماغية (أعني في ٧ من ٨ طبقات المقاومة الطبية)
في النصفين الكريين العظمين ولا سيما بقرب الاجسام المضلعة والامرة
تحصل البصرية وهناك بعض استثناءات غريبة من الشلل النصفي
الجانبى اى الفالج ومن الشلل المتصالب تحصل في انزفة النصفين الكريين
ولا يعرف توجيه ذلك مع البيان ومع ذلك ينبغي ان تذكرانه في العصر
المستقبل الذي التفت فيه الى التغيرات الحاصلة في الشرايين الدماغية لاسيما
سددوها وتوضيح الاعراض بها ان عدد هذه الاحوال الاستثنائية تناقص
تناقصاً عظيماً

وهناك نوع آخر من الاعراض المصاحبة للانزفة الدماغية يسمى باعراض
النشبة السكتية وهي لا تفقد الا الى الانسكابات الدموية القليلة ولا تتعلق
بدون واسطة بالاصابة الموضعية الجراحية لهذا العضول بتأثيرها على باقي
اجزائه وسنذكر ان مجموع هذه الاعراض المعبر عنه بالنشبة السكتية هو
الذي يتبدى به حصول النوبة السكتية في غالب الاحوال او يعقب
في النادر ظواهر الشلل التي شرحناها فيما تقدم ومن النادر ان يكون
حصول النوبة السكتية تدريجياً وهذا لا يحصل غالباً الا اذا كان حصول
التزيف بطيئاً وفي غالب الاحوال بطراً فاجأة فكان المريض اصابوا بضربة
فيسقطون على الارض دفعة واحدة صارخين ويكون الادراك مفقوداً
بالكلية في أثناء النشبة فتنتفي قابلية الاحساس والحركة بالكلية
والعضلات الماصرة تكون غالباً بمنزلة بحيث يحصل كل من التبرز والتبول
بدون ارادة وأما الحركات التنفسية المتعلقة بالتهنأع المستطيل فهي التي
تتمها المرضى لكن الغالب ان تحصل حركات التنفس في فترات عظيمة
وتكون غالباً عالية مخيرة وذلك لان الالهة المنشلة المسترخية تكون في حالة
توج بواسطة الهواء وهيئة المريض تكون مخصوصة واصفة وذلك لان
الشدين المرتحين ينتفخان في كل حركة زفير وكثيراً ما يحصل في ابتداء
النوبة في ويكون النبض بطيئاً والحدقة ضيقة
والعادة ان توجه النشبة السكتية التي فيها تفقد جميع الوظائف الدماغية

بقامها بالضغط الذي يحدثه الانسكاب الدموي على الالياف والعقد العصبية لجميع الدماغ ومع ذلك فن الواضح ان هذا الضغط لا يكون مطلقا أشد من الضغط الدموي الواقع على باطن الشرايين الدماغية فانه متى زاد توز الاجزاء المحيطة بالاوعية الدموية وصار في قوة الضغط الواقع من الدم على باطن تلك الشرايين لا يمكن الدم أن يسيل منها ومن المعلوم ان مثل هذا الضغط لا يكون كافيا في ازالة قابلية تنبيه الالياف العصبية طبعاً للتجارب والملاحظات في الاعصاب الدائرية وايضا ما يأتي ينافي حقيقة هذا التوجيه المشهور وذلك انه لو كانت ظواهر الشلل متعلقة بالضغط الذي يعتري ألياف الدماغ في السكتة الدماغية لنج عن الفصل العام ازالة ظواهر الشلل المذكورة لاني بعض الاحوال فقط بل في جميعها يشترط أن يستفرغ من الدم كمية كافية حتى يتناقص الضغط الواقع على باطن جميع الاوعية لاسيما الشرايين وزعم هرقل النافي أيضا التوجيه حصول ظواهر الشلل عقب السكتة الدماغية بالضغط الواقع على هذا العضو ان الظواهر المذكورة تتعلق بدرجة ارتجاج خفيفة يحصل في هذا العضو من النشبة السكتية لكن فضلا عن كونه لا يمكن تصور حصول هذا الارتجاج في الانزفة الدماغية غير الجرحية لا يمكن اثبات ذلك بالملاحظات التشرعية ونحن نوجه النشبة السكتية بالضغط الفجائي الواقع على الاوعية الشعرية الدماغية وبالانيميا التابعة التي تحصل في جوهر هذا العضو وهذا التوجيه يرتكن فيه الى انه في الانزفة الدماغية العظيمة لا يمكن فقط اثبات الانيميا الدماغية بالصفات التشرعية بل كذلك تنصح انصاحا تاما مدة الحياة بواسطة عرض مخصوص كان يقصر عادة خطأ وهو شدة نبض الشرايين السباتية فان هذه الظاهرة ولو أنه من الممكن لكل انسان احداثها في شرايين أصبعه بلف خيط قوي حول سلا ميته تعتبر علامة على شدة توارد الدم نحو الدماغ والحال انه لا يستدل منها فقط الاعلى عوق ورود الدم نحو تجويف الجمجمة فجميع امراض الدماغ ولفائفه التي ينتج عنها تضيق في متسع تجويف الجمجمة بدرجة بها يعتري ورود الدم في الاوعية الشريانية الدماغية عوق عظيم كالانسكابات الدموية العظيمة وغيرها من الانسكابات

والارتشاحات والاورام تكون مصطبجة بازيا في ضربات الشرايين
السباتية فتجد هذا المرض بدون ضخامة في البطن الايسر وبدون
ازدياد الضربات الشريانية لغير هذا الشريان سهل بذلك في الحالة الراهنة
تنضيف آفة في الدماغ نشأ عنها تضيق في متسع تجويف الجمجمة وكثير من
تلاميذ في تيسره في الاكيناك الخاص بالتأكد من حقيقة هذا التوجيه
ومن اهميته التنضيفية ثم اننا اذا اعتبرنا الاحوال الطبيعية للجمجمة
انضغ لنا ان الانبعاث الدماعية لاسما الشريانية لهذا العضو لا تنشأ مطلقا عن
تمزقات وعائية شعرية فان خروج الدم من هذه الاوعية المتزقة لا يمكن
استمراره متى حصل تعادل بين تورم متضخم تجويف الجمجمة وبين الدم المنصهر
في الاوعية الشعرية ويطابق هذا التصور الامر المعلوم وهو فقد النسبة
السكنية في التزيف الدماغى الشعرى وأما ان تمزق وعاء شريانى عظيم ولم
يقف التزيف فان تورجوهرا اجزاء الدماغية المحيطة بالشريان المتزق
يصير مماثلا لتورم الدم الموجود في باطن الشرايين وحيث ان تورم الدم في
الشرايين أعظم منه في الاوعية الشعرية فلا بد وان هذه الاوعية تنضغط فلا
يمر الدم فيم او يبنى على ذلك ان النسبة السكنية تحصل على الدوام في الانزفة
الشريانية التي تؤدي الى حصول بورة دموية وان تأملنا بالذقة الى اعراض
النسبة السكنية السابق ذكرها لا نضع لنا انه في أثنائها تنفق وظائف
النصفين الكريين فلا يكون عند المرضى احساس ولومع تأثير المهيئات
الدائرية الشديدة ولا يكون لهم قدرة على اجراء اى حركة ويفقدون الادراك
وأما اجزاء الدماغ المنوطة بحفظ الحياة واستمرارها مما التنفس فتبقى
مسفرة والظاهر ان ذلك ناشئ عن كون الشرشرة الدماغية لا تقي النصف
الكبرى المقابل وقاية تامة كوفاية خيمة المخيخ انضغ المستطيل فيمتنع انضغاط
الاوعية الشعرية بواسطة ضغط الانسكاب الدموى ولذا ان الانسكاب
المذكور أسفل خيمة المخيخ يكون شديدا لخطرهما كان قليل السكنية فانه
في هذا التزيف تفقد وقاية النضغ المستطيل بحيث انه يفقد وظيفة بسهولة
بانضغاط اوعيته الشعرية ومن المشكوك فيه كون بقاء القلب وتنقص
سرعة التنفس وتضيق الحدة التي تشاهد في أحوال الانزفة أعلى الحية

المخيفية مدة النشبة السكتية ناشأ عن كون العصب المتحير والمحرك للقلعة
يكونان في حالة تخرج متزايد من الضغط المستقر عاينها المتلطف بواسطة الخنية
المخيفية ام لا

فان لم يهلك المريض مدة النشبة السكتية بل افاق منها أعقب ذلك ببعض
أيام - الامات تدل على حصول التهاب الدماغى المتفاوت الشدة وذلك
يتعلق بالاصابة الجرحية التى اعترت الدماغ من الانسكاب الدموى ولذا
يعتبر هذا الالتهاب جرحيا واعراضه ان لم يرتق الى درجة شديدة بل ادى
فقط الى تكونات خلوية جديدة حول البورة هى سرعة فى النبض وغيرها
من الظواهر الحية والمثلى الرأس وشر رامام الاعين وهذا يان واهتزازات
عضلية واتقباضات عضلية فى الاجزاء المثقلة وعما قليل تزول هذه الظواهر
المعبر عنها بظواهر رد الفعل ويعود المريض لحالته الصحية ولا يبقى معه غير
الشلل واما اذا ارتقى الالتهاب لدرجة عظيمة جدا فى محيط البورة السكتية
ادى ذلك الى لين التهاى عندئذ ينضم لظواهر المذكورة ظواهر الشلل
العمومى وبذلك المريض بسبب شدة الاعراض المذكورة المسماة بظواهر
رد الفعل

ثم انه باختلاف عظم البورات الدموية وعددها ومجسها وسرعة
حصول الانزفة أو بطئها وشدة ظواهر الالتهاب الدماغى المحيط بالبورة
أو خفتها ينشأ اختلاف عظيم جدا فى سير الانزفة الدماغية غير اننا لا نذكر
الا الرئيس منها

فها الشكل المرضى السكتى الكثير الحصول الذى ينشأ عن الانزفة الدماغية
العظيمة أو عن حصول انزفة دماغية متعددة وهو انه بعد حصول ظواهر
مرضية مابئة او بدونها تحصل النشبة السكتية فجأة ولا يفتق المريض
منها بل يمتد الشلل الى القضاع المستطيل فيصير التنفس غير منتظم
والنبض متقطعاعفرا والحدقتان مقعدتين وبذلك المريض بعد قليل من
الدقائق او الساعات (وهذا ما يسمى بالشكل الصاعق للسكتة)

وهناك شكل ثانى اكثر حصولا من المتقدم وهو نتج أيضا عن انسكاب
دموى سريع غير انه قليل الامتداد جدا عما فى الشكل السابق وفيه تشاهد

النوبة السكتية ايضا والبحث عن المريض الفاقد للادراك ومشاهدة جهة الوجه المنقبضة واسترخاء عضلات احدى الجهتين وتعدد احدى الحدقتين يعرف في اى جهة يكون الشلل ثم بعد بعض دقائق او ساعات أو في اليوم الثاني يستيقظ المريض تدريجاً من حالة السكون ما غير ان نطقه يكون غير واضح وشله الجانبي باوصافه السابقة يصير كثير الظهور ثم تظهر اعراض التهاب الدماغى الجرحى في اليوم الثانى او الثالث وبعد زوال الاعراض المذكورة اخيراً يبقى عند المريض مدة حياته شلل نصفي جانبي ولوان جزء الشلل المتعلق بالحالة الاوذية بماوية المحيطة بالبورة السكتية يزول مع الزمن شيئاً فشيئاً

وفي احوال اخرى خصوصاً عقب تردد التزيف بعد زواله وانقطاعه واستمرار خروجه بكمية قليلة يتلبس المرض بالشكل الآتى وهوانه يبتدىئ بنسبة سكتية يستيقظ المريض منها بعد بعض دقائق ولم يبق عنده الا الشلل النصفي الجانبي بحيث يتعشم في شفائه الا انه بعد مضي بعض ساعات يبتدىئ اضطراب الادراك ثم يزول بالكلية ولا يعود ثانياً فيمكك المريض في حالة كوما

وهناك شكل رابع فيه يحصل التزيف يبطء ويكون قليلاً جداً في الابتداء ثم يتزايد شيئاً فشيئاً حتى يصير عظيماً وفي هذا الشكل لا يبتدىئ المرض بظواهر النسبة السكتية بل يبتدىئ بالشلل النصفي الجانبي ثم ينضم لذلك فيما بعد فقد الادراك وباقى اعراض الشلل الدماغى وحيث انضج لك المهم في هذا المقام فلا حاجة بعد ذلك لاطالة الكلام وذكر جميع التنوعات التى تنج عن شدة ظواهر التهاب رد الفعل في محيط البورة السكتية وعن اختلاف درجة ظهور الدماغ الجرحى التالى للبورة السكتية

المعالجة

اما المعالجة الواقية للسكتة الدماغية فتصليها على ما ذكرناه في البحث الاول والرابع من هذا الفصل فانها تستند على عين الوسايط التى اوصينا بها في معالجة الاحتقان الدماغى والاضطرابات الدورية الناتجة عن تغير مرضى في الشرايين وينبغي لكل مريض نجى من هذا المرض ان يتجنب جميع

الاسباب التي بها تمتلئ اوعية الدماغ وتقتصد مع غاية الاحتراس وعلى
 الخصوص بقصب الافراط من الماء كل ويهتدى في اطلاق البطن
 واما اذا حصل التزيف الدماغى فينبغى الاجتهاد فى ابقائه ثم فى امتصاص
 الدم المتسكب ومساعدة تكوين الندبة السكتية غير اننا ناعترف بعجزنا فى
 هذا الخصوص ونذعن بأنه ليس عندنا وسائل موصلة لمنع التزيف
 ومساعدة امتصاصه ومعرفة تكوين الندبة السكتية وتقتصر حيث نشق
 معالجة التزيف الدماغى على مقاومة الاعراض الخطرة ما امكن وكثير من
 المرضى المهاين بنسبة سكتية من يودله ادراكه عقب فعل الفصد الوريدي
 العام فيظهر حينئذ انه يمكننا بواسطة اجراء الفصد منع تقدم شلل
 النصفين الكريين وامتداده الى الاعضاء العصبية المركزية الضرورية
 لاحمرار الحياة كالتضاع المستطيل ومن جهة أخرى يكون احيا الفصد سببا
 قويا فى سرعة الانتهاء المحزن اذا فعل مدة النسبة السكتية فانه يحصل عقب
 الفقد الدموى حال الانحطاط عموى وهبوط عظيم لا يكاد يفيق المريض منه
 وقد ذكرنا قبا تقدم انه ينبغى ان يكون الفصد نافعا فى جميع الاحوال
 لو كانت العلامات المقول عنها اراض انضغاط الدماغ ناتجة حقيقة عن
 الضغط الذى يعثرى هذا العضو عقب الانسكاب الدموى وذكرنا أيضا ان
 عدم نجاح الفصد فى كثير من الاحوال يناق فى هذا التوجيه فطبة الما ذكرناه
 فى توجيه النسبة السكتية يتصح لنا ان الفصد يكون نافعا جدا فى بعض
 الاحوال ونحظر اجد فى بعضها قلعينا ان نبين دلالات استعماله أو عدمها
 فى الاحوال المختلفة فنقول

لا بعل دخول كمية كافية من الدم الشريانى فى الدماغ ينبغى الاجتهاد فى
 سهولة استفرغ الدم الوريدي منه بدون اضاف ضرر بات القلب وقوته
 الدافعة فان كانت ضرر بات القلب قوية والتعاطة واضحة والنبيض منتظما
 ولم يوجد عند المريض علامات ايتداء الاوذىما الرئوية وجبت المبادرة
 باجراء الفصد بدون تأخير مع ملاحظة تأثير الفقد الدموى ومراعاة وضع
 الرأس مرتفعا وخفض حرارة اودة المريض واستعمال المنبهات الجلدية
 والحقن المسهلة المهيجة والوضيعات الباردة وكل من الاستفرغات الدموية

الموضعية كإرسال العلق خلف الأذنين أو على الصدغين أو موضع الخماجم
 التشريعية على القفا لا يحمل محل القصد العام بل يساعد فقط على تأثيره
 ونجدها وما إذا كانت ضربات القلب غير قوية والتبض غير منتظم ووجد
 عند قاربض خواشعية مكان ضرر القصد كيدافا فيضعف ضربات
 القلب زيادة عما هي عليه ويقل توارد الدم الشرياني في الدماغ فإن حصلت
 الأعراض المذكورة أخيرا استدعت دلالات المعالجة العرضية ولو كان
 المرض الأصلي واحدا معاملة مضادة لذلك كاستعمال الوسائط المنبهة والمقوية
 لأجل مقاومة شلل حركات القلب فإن لم يمكن إعطاء المريض في مثل هذه
 الأحوال أدوية منبهة من الباطن كالنيبيذ والايثير والمسك ونحو ذلك وجب
 استعمال الوضعيات الخردلية العريضة على الصدر والساقين وذلك الجلد
 ذلكا جيدا وحسب الملاءم البارد على الصدر أو بعض نقط ثابتة من الشمع
 الأحمر عليه لئلا نكتفي بان الصورة المرضية التي نشاهدناها على
 سرير المريض لا تكون واضحة كل الوضوح في جميع الأحوال بحيث يستنتج
 منها دلالات علاجية واضحة لا تباع إحدى الطريقتين المذكورتين بل
 الغالب وجود أحوال متوسطة فيها يصعب كثيرا على الطبيب ولو اخترن
 استعمال أحدها وحيد فلا وفق في مثل هذه الأحوال استعمال طريقة
 علاجية لطيفة

وعندما يود المريض لأدراكه من التشبه السكتية يقتصر على استعمال
 تدبير غذائي خفيف لطيف غير منبه وحفظ البطن مطلوبة وتغطية الرأس
 بعد حلقها بالمكمدات الباردة لأجل منع حصول التهاب رد الفعل القوي
 وعلى حسب درجة أعراض هذا الالتهاب يداوم بالمعالجة السابقة ذكرها مع
 مساعدتها بواسطة سهل قوى أو تكرار إرسال العلق خلف الأذنين وأما
 تكرار القصد في هذا الدور فلا منفعة له بل هو مضر وعند تلاطيف الظواهر
 الحسية يؤمر فيما بعد للريض باستعمال المحولات على القفا بواسطة الحراريق
 أو المرهم المنفطولا ينبغي المداومة على استعمالها فيما بعد

ومنى زال دور رد الفعل الانتهابي وتحسنت حالة المريض بالكلية ولم يبق
 عنده الا الشلل ينبغي صيانتة عن استعمال بعض الجواهر الدوائية القوية

التأثير كالأستر كنين والارنيكا وغيرهما فان نجاح هذه الادوية ليس
مؤسسا على نظريات عقلية ولا ثابت بالتجارب بل يقتصر على التدبير الغذائى
اللطيف وحفظ البطن طليقة ووضع المريض فى اوساط صحبة جيدة ويمكن
ارسال المرضى الاغنياء الى المياه المعدنية المقوية الحديدية كما ولد باد
وجستين وفيه يروا جاتس ولا يتصور انه بواسطة استعمال هذه المياه
تستعاض الالياف العصبية الدماغية المتهكة غير ان التجارب دلت على ان
الشلل الناتج عن امراض فى الدماغ او النخاع الشوكى يحسن تحسنا جيدا
باستعمالها ومما يقرب العقل ان هذا التحسين يحصل بتأثير هذه المياه فى
الالتهاب المحيط بالبورة السكتية وجزء الشلل المتعلق به

ولا ينكر أن الشلل السكتي يحسن عادة باستعمال الاجهزة الكهربية
المتقطعة الطيبة ويوجه ذلك بأن التكهريب الجلوانى الموضى من الوسائط
القوية لاعادة الفعل العضلى فانه باستمرار الشلل زمن اطول لا يحصل ضعف
عظيم فى العضلات بسبب ابتداء ضمورها وضعف قابلية تنبيه الاعصاب
المتوزعة فيها وكلتا هاتين الحالتين ينفع فيهما نفعاً يبدأ التنبيه التدريجى
للاعصاب بواسطة الجهاز الكهربي الطبي ولذا تفضل هذه الوسطة عن
جميع الدلكات المنبهة المأخوذة من المراهم أو الصبغات لكن لا ينبغي
المبادرة باجراء هذه الوسطة العلاجية القوية الا بعد زوال امراض
الاحتقان المحيط بالبورة السكتية ونظام النشامها فلذا لا تستعمل الا فى
الاسبوع السابع أو الثامن من ابتداء حصول النشبة السكتية فان المبادرة
باجراء هذه الوسطة مضرة للغاية كما ان تأخير استعمالها يترتب عليه ولا بد ضمور
فى العضلات الفاقدة لاقبياضها وفعلها زمن اطول وعلى كل فليحترس من
استعمال تيار كهربي قوى كما يميل لذلك بعض الاطباء غير المترنين

(المبحث السادس فى الزيت السمائى المعروف بالسكنة)

(السمائية وبالورم الدموى للام الجافية)

(كيفية الظهور والاسباب) *

انزفة المفايف الدماغية بقطع النظر عن الانزفة الجراحية التى من ضمنها
الانزفة التى تحصل مدة الوضع نادرة واغلب الانسكابات الدموية التى

تحصل في المسافات تحت العنكبوتية أو بين الام الجافية والعنكبوتية تنشأ
عن الانزعة الدماغية التي تثقب السحايا وازيادة على ذلك فقد تتعلق الانزعة
بالمسحائية بتفريق بعض الاورام الابنورزماوية او بعض الشرايين السضائية
المكاثبة لاستمالات مرضية وهناك احوال اخر لا تعرف فيها اسباب
الانزعة المسحاتية

ثم ان التجمعات الدموية العظيمة المتكيسة التي كثيرا ما تشاهد عند فعل
الصفات التشريحية على السطح السفلي من الام الجافية لا تعتبر مجرد
انسكابات دموية تكاثفت المواد اللينة حولها وكست جزءها السائل
كما كان ينظر سابقا بل هي تبعالما ذكره المعلم ويرجوف بقايا اثر الالتهاب
المزمن للام الجافية (أى التهاب السحايا السميكه) مصحوبا بارتشاح دموى
وسمى المعلم رجوف هذه الاكياس الدموية بالورم الدموى للام الجافية
والدم المالح لهذه الاكياس يأتي من الاوعية الشعرية العديدة المتسعة
الرقيقة الجدران التي تتكون في خلال الاغشية السكاذبة للام الجافية
في هذا الشكل من الالتهاب المزمن وينسكب في المسافات الكائنة بين
طبقات هذه الاغشية السكاذبة واسباب هذا الالتهاب المسحاتى للام الجافية
المحسوب بانسكاب دموى ليست معروفة جيدا واكثر ما يشاهد هذا المرض
عند المتقدمين في السن والمصابين بامراض عقلية والسكرارى ويظهر أحيانا
ظهورا ذاتيا كمرض قائم بنفسه وأحيانا يكون تابعا لبعض الاصابات الجرحية
في الجبهة وفي الحالة الاخيرة كثير ا ما يمتزج بين الاصابة الجرحية والاهراض
الاول للورم الدموى المسحاتى زمن طوله بعض سنين (تبعالمر يستعبر)

(الصفات التشريحية)

متى كان الدم منسكبا في المسافات تحت العنكبوتية يشاهد على هيئة طبقة
ممتدة على السطح الظاهر من النصفين الكريين العظيمين والمخفج ولا يمكن
نزع هذا الدم المنسكب وطرده بواسطة ساسول ما معادامت العنكبوتية غير
متمزقة وفي العادة يصل جزء من الانسكاب الى الجيوب الدماغية فيوجد
فيها جزء عظيم او قليل من الدم وفي الانسكابات الدموية السكاذبة بين الام
الجافية والعنكبوتية يكون الدم المنسكب غزيرا للغاية ويتراكم معظمه

على خيبة المنخج وفي قاعدة الجمجمة ومن هنا ينفذ في القناة النخاعية وقد توجد هذه الانسكابات أيضا على السطح المحذب للتصفيين الصكريين ويمكن نزاعها عنها بسهولة بواسطة سلسول ماء وفي كلا هذين الشكليين من التزيف السحائي تكون التلاقيف الدماغية مفرطة وجوهر الدماغ أنما ويا أو تكون طبقات جوهر الدماغ المجاورة للانسكاب الدموي مرشحة بالدم لينته

وأما الورم الدموي للام الجافية فيجلسه غالباً بجوار التدرير السهمي ويكون على هيئة كيس مفرط يضاوى الشكل وكثيراً ما يكتسب حجماً عظيماً بحيث يصير طوله من أربعة قرايرط الى خمسة وعرضه من اثنين الى ثلاثة وسيمكه نصف قيراط وجدر هذا الكيس متلونة بلون صدائي بسبب ارتشاحها بالمادة المتلونة للدم ومقصله يكون متكوهاً من دم سائل او منعقد او من لطح دموية وسخة والنصف السكري الدماغى المقابل لهذا الكيس يكون اما مفرطاً ومنبجها ولا يندران يكون الورم الدموي للام الجافية مزدوجاً وكثيراً ما يشاهد ابتداء التهاب السحائي التزيفى للام الجافية وذلك انه يشاهد على السطح الباطن للام الجافية في بعض الصفات التشريحية طبقة من منسوج خلوى رقيق جديد التكوين متلونة بمادة يجمينية مصفرة او مصمرة وملتصقة بسطحها التصاقاً متيناً

(الاعراض والسير)

الانزفة التي تحصل في المسافات تحت العنكبوتية أو على السطح السائب من هذا الغشاء لا تعتبر من الاصابات المرضية ذات البورة للدماغ بل من الاصابات المنتشرة لهذا العضو ولذا انه تفقد في هذا الشكل من الانزفة الاعراض البورية الواصفة للتزيف الدماغى لاسيما الفالج المايكن مضاعفاً بتزيف دماغى لكن النسبة السكتية في هذا المرض تكون ثقيلة للغاية وذلك لان التزيف السحائي يكون غزيراً غالباً وعمداً على كلا النصفين الكريين وكثيراً ما تحصل النسبة السكتية فجأة بدون ظواهر مرضية سابقة والمرضى تهلك بظواهر السكتة الصاعقية التي ينهاها في المبحث السابق وعندما يكون سير هذا المرض بهذه الصورة لا يمكن تشخيصه الا مع التقريب ويرتكب في

ذلك الى فقد ظواهر الشلل الجانبي الذي يوجد غالباً في أحوال التزيف
الدماغى ولو فى الاشكال الثقيلة من النشبة السكتية وفى أحوال أخرى تسبق
النشبة السكتية فى هذا الشكل من التزيف السحائى بالآلام شديدة فى
الرأس وتشبهات عامة وحيث ان هذه الظواهر لاسيما الاخيرة لا تشاهد
فى أحوال التزيف الدماغى الابكيفية استثنائية وتكثر مشاهدتها فى
أحوال الاصابات المرضية الممتدة على محذب النصفين الكريين فلا بد
وان يحكم منها ومن فقد كل اثر من الشلل الجانبي مع التأكيد على ان
التزيف ليس دماغياً بل سحائياً

والورم الدموى للام الجافية يسير فى كثير من الاحوال باعراض
لا يمكن منها معرفة هذا المرض مع التأكيد متى ظهر هذا المرض عند
المصابين بامراض عقلية كما هو الغالب فلا يميز تشخيصه ولو بكيفية
تقريرية وفى أحوال أخرى يجوز تشخيص الورم الدموى للام الجافية مع
تأكد متفاوت من العلامات الاتية التى به عليها جرب سفيرى وجدت
ابتداء الآلام فى الرأس محدودة فى القسم الجدارى والجبهة وارتقت هذه
الآلام تدريجياً الى درجة غير مطابقة وكانت هذه الآلام هى المكابدات
الابتدائية التى تشكى المرضى منها وكان هناك زمن بين الظهور الابتدائى
لتلك الآلام ووظواهر دماغية ثقيلة أخرى وكان هذا الزمن ليس قصيراً
كفاى الامراض الحادة للدماغ ولغاثة ومن جهة أخرى أكثر قصر اعماق
أغلب الاصابات المرضية المزمنة لهذا العضو لاسيما الاورام الدماغية
المختلفة جاز القول بوجود التهاب سحائى وحيث ان التهاب السحايا
الرخوة له ميل للسعى والامتداد ويسير حينئذ بالآلام رأسية ليست محدودة
بل منتشرة بظن ان الالتهاب مصيب للام الجافية ويقوى الظن بذلك فان
شكل الالتهاب السحائى الذى نحن بصدده يكون مجلته عادة فى النحل الذى
تشكى المرضى فيه بالآلام وان كان الشخص المصاب مريضاً بمرض عقلى
قبل ابتداء الآلام او من المفرطين من المشروبات الروحية او ثبت انه
اعترتة اصابة جرحية فى الرأس قبل زمن متفاوت خصوصاً فى قسم الجبهة
قوى الظن بان هناك التهاباً سحائياً فى الام الجافية واهمكتسب بعض

تأ كيد ومن المعلوم ان شكل الالتهاب المصافي الذي نحن بصدده يؤدي
 لانسكاب دموى عظيم مضيق بالكلية لتسع تجويف الجمجمة وان الانسكاب
 الدموى يتكيس على احدى جهتي التدريز السهمي او عليهما معا فان انضم
 فيما بعد لآلام الرأس علامات تدل على انضغاط الاوعية الشعرية للتصغير
 الكريين العظميين واضطرابات عقلية كتناقص القوة المذكورة وتناقص
 في حدة القوة التصورية وبسبب للتورم يرتقي فيما بعد لكونهما ثم شلل جانبي
 يظهر تدرجيا ولا يكون تاما واضحا وجب ابتداء الظن بوجود الورم الدموى
 للام الجافية دون غيره من الامراض الدماغية المختلفة التي يجوز القول
 بها بعد حذف غيرها من امراض هذا العضو وحيث كان من الجائز
 أن الورم الدموى للام الجافية يحصل فيه امتصاص الدم المنسكب
 وزوال الضغط الواقع على الدماغ فكذلك يمكنكم من السير الجيد لهذا
 المرض ومن شفاء المريض في الحالة الراحنة على الورم الدموى للام الجافية
 وان حصل الانسكاب الدموى فجأة وليس يبطء كما في السير السابق ذكره
 وكان التزيف غزيرا وقاصرا على جهة واحدة سار هذا المرض بكيفية
 مشابهة لسير التزيف الغزير لاحد النصفين الكريين العظميين ولربما يظهر
 من المستغرب عند البحث السطحي انه في احوال الورم الدموى للام الجافية
 لاحدى الجهتين ولو الغزير الممتد لا يحصل أحيانا شلل جانبي ولا يشاهد
 الا بكيفية غير تامة لكن تنبه على ان الورم الدموى للام الجافية مجلسه
 ولا بد في المحل الذي فيه الضغط المتزايد الواقع على احد النصفين الكريين
 العظميين بمقدوره سهولة الى النصف الكري الاخر بواسطة الاستطراق
 المناسع السكاش بين الجيبين الجانبيين لاسيما ان كان حصول التزيف يبطء وقد
 اعتبر بحر يسفر من جملة اعراض الورم الدموى للام الجافية تضاييق الحدة
 الذي يوجد على الدوام في هذا المرض وذهب الى ان هذه الظاهرة من جملة
 اعراض التميع للسطح العلوي من الدماغ وقد ذكرنا فيما تقدم عند الكلام
 على الاصابات المرضية المضيق لتسع تجويف الجمجمة توجيها آخر لتضاييق
 الحدة ولوان هذا التوجيه نظري ايضا

(المعالجة)

في معالجة الانزفة السحائية تتبع القواعد العلاجية التي ذكرناها في معالجة التزيف الدماغى ولذا ينبغي التسك بما ذكرناه في المبحث السابق سيما وأنه يعسر علينا التمييز القطعى بين الانزفة السحائية والتزيف الدماغى في كثير من الاحوال فان ظن تشخيص الورم الدموى للام الجافية وجب الايصاف في الاحوال الحديثة بإرسال العلق خلف الاذنين ووضع المكمدات الجليدية على الرأس ويعطى للمرضى ممهل شديد منازف منا ومن الجيد في الادوار الاخيرة لهذا المرض استعمال المحولات على القفا بواسطة الحراريق او المراهم المنقطة وقد حصلت في حالتين شاهدتهما على نجاح عظيم بهذه المعالجة ومع ذلك فمن الجائز الخطأ في التشخيص في هذه الاحوال ولوان الاعراض واصفة بالسكية

* (في التهاب الدماغ ولفائفه)

الامراض التي تعرض لشرحها في المباحث الآتية هي اولا التهاب الام الجافية وجيوبها ثانيا التهاب الام الحنونة البسيط اى المصوب بنضج قصى لى ثانيا التهاب الدرني لهذا الغشاء مع الاستسقاء الدماغى الحاد رابعا التهاب السحايا الدماغى الشوكى الوباى خلاسا التهاب جوهر الدماغ نفسه وحيث ان التهاب العنكبوتية لا يمكن فصله عن التهاب الام الحنونة فلا يمكن التكلم عليه مناصه

(المبحث السابع)

(في التهاب الام الجافية و التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية)

قد تكلمنا في المبحث السابق على شكل من التهاب السحايا وسميناه بالتهاب السحايا الجافى وبالورم الدموى للام الجافية لان الاجود شرح هذا الشكل في مبحث الانزفة السحائية بسبب التزيف الذى يحصل عنه والاعراض التي تصاحبه ولم يبق علينا في هذا المبحث غير شرح شكل التهاب السحايا للام الجافية المعروف بالتهاب الام الجافية الظاهر من منذ ظهور اشغال المعلم فرجوف على الورم الدموى للام الجافية

* (كيفية الظهور والاسباب) *

من المشكوك فيه كون الالتهاب الذي نحن بصدده يظهر ظهوراً أولياً أى كمرض ذاتى عقب تأثير البرد أو غيره من الاسباب المضرة والغالب ان هذا الالتهاب يكون على العموم مرضاً تابعياً فيضعف شقوق الججمة وكسورها وتسوس عظامها ولا سيما تسوس العضرة والمصفاة والفقرات الاولى العنقية وقد يصاحب هذا المرض ايضا اعنى الالتهاب المصاعق الظاهرى التهاب السمحاق الظاهرى للججمة بدون تغير فى سمك العظام المكونة لقبوتها السكائنة بين هذين الغشائين

والتهاب الجيوب الدماغية الذى يعقبه تكون سدود ذاتية أو سدود الجيوب الذى يعقبه فيما بعد التهاب فى جذرها كذلك يحصل بكثرة وأكثر حصوله فى الجيوب الموضوعة على العضرة أعنى فى الجيوب المستعرضة وفى الجيوب المعضرية وهذا يوجه بسهولة تكون التهاب الجيوب الدماغية وسدودها الذاتية انما ينتج بكثرة عن تسوس العظم المعضرى الذى يمتد الى قاعدة الججمة ولذا ان المرضى المعتر بهم سيلانات اذنية من مئة عقب التهاب الاذن الباطنة وتسوس العظم المعضرى يكونون على الدوام فى خطر عظيم من اصابتهم بالتهاب فى الجيوب الدماغية أو سدودها ولا يندر ان يحصل تلاش تقبى أو سديدي فى السدود الثابتة وبذلك تصل خريشان صغيرة منها الى باطن الاوردة فتحصل سدود سيارة والتهابات انتقالية

* (الصفات التشريحية) *

التغيرات التشريحية التى تحصل فى الاحوال الخفيفة المزمنة فى الالتهاب المصاعق الجافى الظاهر تقتصر على سماكة فى الام الجافية ناشئة عن تكوّنات خلوية على سطحها الظاهر وينتج من هذه التكوّنات الخلوية التصلقات متينة بين الام الجافية وقبوة الججمة وهذه الطبقات الخلوية الجديدة التكوّن تكايد فيما بعد الاستمالة العظمية واما فى الاحوال المتقدمة فتمتلك الام الجافية ملونة بلون أحمر بسبب الاحتقان الوعائى الشعرى والا كيموزيات الصغيرة المتكوّنة فى اصغار محدودة مقابلة للاجزاء المصابة من عظام الججمة بالتسوس ومع ذلك فتكون الام الجافية فحينة

مرشحة فاقدة للعان لونها ومنذ وجهها مسترخيا لينا وأخيرا يتسكون فيها
 القيح وان كان تجمع القيح بين الام الجافية وعظام الجمجمة انفصل الجزء
 الملتصق من العظام الموضوعة اسفل منه وفي هذه الحالة الاخيرة تسكاد الام
 الحنونة تكون ملتصقة على الدوام في امتداد عظيم ويكاد ينعدم في الجثة الحكم
 بان كان التهاب جندرا الجيوب سابقا على السدة الذاتية أو العكس وان كانت
 السدة غير متلاشية وجدت ملتصقة بالسطح الباطن المسترخي الحشن لجدر
 الجيب الثمين وتمددة من هنا تبعاً لما شاهدت العلم ليرت احيانا الى اللطف
 أو الى الاسفل نحو الاوردة الودجية الباطنة والغالب ان توجد السدة الذاتية
 متلاشية في الجثة ويكون الجيب الملتصق اذ ذاك مثلثا بسائل قهبي
 أو صديدي مختلط بندق سنجابية مخضرة منتنة ومع هذا للتغيرات توجد
 عادة التغيرات الخاصة بالالتهاب الاذني الباطن وتوس الصخرة المتمددة
 كهتك غشاء الطيلة وقد العظام السمعية وتكونت بوليبيوسية في الغشاء
 المخاطي وامتلاء تجويف الطيلة بالقيح وارتسحات قيصية في اللذهليز
 والقوقعة واخطية التتوالحلمن

* (الاعراض والسير) *

الالتهاب الصائفي المزمن للام الجافية الذي تعقبه مماكة في هذا الغشاء
 والتصاق متين بينه وبين قبوة الجمجمة وتعظم في الطبقات الخلفية الجديدة
 التكوينية يمكن أن يصطبغ بالقيح في الرأس وغيره من الاعراض لكن هذه
 الاعراض ليست واصفة فلا يمكن الحكم بها على معرفة هذا المرض وكذا
 اعراض التهاب الام الجافية الظاهر الحاد وسيره يكاد كل منهما يكون على
 الدوام متنوعا جدا بسبب المرض الاصلى وبمضاعفة هذا المرض فيما بعد
 بالتهاب الام الحنونة المتمددة بالانتشار الصديدي والالتهابات الانتقالية
 بحيث يتعذر وصف هذا المرض بانفراد وصفها واصفا فاذا اصططبت
 احدي اصابات الجمجمة خصوصا السيلان الصديدي الاذني المتعلق
 بنسوس في الصخرة بالم شديد جدا امتد بجوار العظام المصابة وظواهر جمجمة
 وفيه أودوار وطنين في الاذنين وانقباضات عضلية وهذيان وغيره من
 ظواهر تهيج الدماغ واعقبت هذه الظواهر بظواهر نخود وشلل فيما بعد

جازا الظن بان الاصابة العظمية احدثت ابتداء التهابا في الام الجافية ثم
التهابا منتشرا في الام الحنونة وكم كثيرا ما يكون الدور الاول لهذا المرض
قصيرا وظهيرا واضع جدا فتوجد المرضى في حالة خدر في اول زيارة طبية أو عند
دخولهم في المستشفى لكن في مثل هذه الاحوال يمكن تخصيص المرض مع
تأكيد تقريبي متى وجدت اصابة جرحية عظمية في الجمجمة سيما ان وجد
هناك المرض سيلان اذني من ومن لم يوجد سبب آخر به يمكن توجيه الآفة
الدماعية

والتظاهر المرضية التي تنتج عن التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية
تكون على الدوام مرتبطة باعراض الالتهاب السحائي السابق ذكرها
وزيادة على ذلك فانه ينضم لها غالباً اعراض الالتهاب السحائي ولذا فان الجيد
الاختصار في البيان وان ذكر فقط الاحوال التي فيها يظن عند وجود
تسوس في الصخرة المنضملة التهاب سحائي أو دماغي وجود التهاب في الجيوب
الدماغية أو سددها ذاتية فيها وثبه على انه من الجيد لكثرة المضاعفة التي
نحس بسددها الالتفات الكلي لا مكان حصول هذه المضاعفة ولو فقدت
العلامات الدالة عليها وان وجد العرض الذي قال به المعلم جرهارد في احوال
السدد الذاتية للجيب المستعرض اعني قلة امتلاء الوريد الودجى الذي يقبل
دمه من الجيب المستعرض اكنسب الظن بوجود هذه المضاعفة تأكيدا
عظيما وعين ذلك يقال بالنسبة للعرض الذي قال به المعلم جريستجر في الحالة
الوحيدة التي شاهدها اعني ظهور الاوذيا المحدودة المؤلفة خلف الاذن ولوان
هذه الاوذيا في احوال تسوس النواحل المسمى الذي اعتبره جر بسجرفر وعورم
ايض مؤلم صغير يمكن حصوله بكيفية أخرى وليس بامتداد السدد الذاتية
بواسطة الاوردة الموصلة اى الاستورية التي تقبض الى الخارج في الحفرة
السينية وفي غالب الاحوال يمكن الحكم من ظهور القشعريرة ومن علامات
البورات الاتقالية في الرئين مع التأكد ان تسوس العظم الصغرى
لم يؤد فقط للالتهاب السحائي والدماغي بل ايضا لتكوينات سدديه ذاتية
في الجيوب الدماغية

في المعالجة

معي ظهورت العلامات الابتدائية المعلقة بالتهاب الام الجافية والتي بها يتوهم وجود هذا المرض وجبت المبادرة باستعمال المعالجة القوية المضادة للالتهاب خصوصا الاستفراغات الدموية الموضعية المتكررة وفي آن واحد تستعمل الحقن الفاترة المليئة في الاذن مع تغطيتها بالضمادات الفاترة ان كان هذا المرض مسبوقا بسيلان اذن ومن الجيد ايضا استعمال المسهلات الشديدة والمصرفات القوية على القفا بواسطة الحرا ريق العريضة وباقي معالجة التهاب الام الجافية يضاهي معالجة التهاب الام الحنونة

(المبحث الثامن في التهاب الام الحنونة المصحوب بنضج قيحي ليفي)
(المعروف بالالتهاب السحائي البسيط وبالالتهاب السحائي لقبوة الججمة)
(* كيفية الظهور والاسباب *)

في الالتهاب السحائي الحاد ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية نضج ليفي محتوع على اخطية فيجبه كثيرة ولما في الالتهاب السحائي المزمن فحبه تكايد الام الحنونة والعنكبوتية معا وتكاثفا بتكون منسوج خلوي جديد ثم ان الالتهاب السحائي الحاد المصحوب بنضج قيحي ليفي يكون في كثير من الاحوال مرضا تابعا فيصاحب جروح الججمة أو الام الجافية أو التهابات الدماغ أو غيرها من امراض هذا العضو ويندر أن يحصل هذا المرض حصولا ذاتيا عند اشخاص سليمين من قبل بقطع النظر عن الشكل الوبائي من هذا المرض الذي سنذكره في المبحث التاسع ويكثر حصول هذا المرض عند الأشخاص المنهوكين والمصابين بامراض مزمنة ضعيفة فيشاهد هذا الالتهاب مثلا في اثناء نقاهة الالتهاب الرئوي والبلور اوى أو بعض الامراض الطفحية الحمية الحادة أو غيرها من الامراض التسممية العامة أو عقب الاسهالات المزمنة أو في مدة سير داء بركت ونحو ذلك ولا يجوز اعتبار هذا الالتهاب في مثل هذه الاحوال انتقاليا بل ولاتابعا ولولم يمكن اثبات تأثير سبب مضر اثره على الجسم

ويعد من الاسباب المضررة الظاهرة التي تعتبر سببا في هذا الالتهاب المصحات تأثير الاشعة التسممية القوية على الرأس وتأثير البرد الشديد

عليه والافراط من المشر وبات الروحية ومع ذلك فلم يثبت مع التأكيد
الاتأثير السبب الاخير واحداً له للالتهاب السحائي وهناك شك من هذا
الالتهاب يكون عرضاً من اعراض الداء الزهري البني كانه على ذلك المعلم
جريسجر ونحن أيضاً شاهدنا حالة من هذا القبيل
(الصفات التشرحية)

الالتهاب السحائي المحصور بنضج قيص ليقي مجلعه على الخصوص الجهة
المحدية من النصفين الكريين العظيمين ففي الشكل الحاد لهذا المرض
توجد الاوعية الدقيقة للام الحنونة محتفنة احتقاناً كثيراً الوضوح أو قليلاً
والمسافات تحت العنكبوتية خصوصاً بين التلافيف الدماغية وفي محيط
الاوعية الغليظة يكون منسكاً فيها نضج مصفر متكاثر محتو على صكرات
قيصية ومواد ليفية ذات حبيبات دقيقة وفي الدرجات الخفيفة لهذا المرض
يوجد النضج في المسافات المحيطة بالاوعية الدموية واحياناً تكون
العنكبوتية ايضاً مغطاة بنضج ليقي أو قيصى والجوهر القشري للدماغ يكون
تارة على حالته الطبيعية وتارة يكون مجلساً للالتهاب والجيوب الدماغية
التي تكون بمثابة مسائل في احوال الالتهاب السحائي القاعدي الذي تكون
خالية عنه غالباً في الالتهاب السحائي القيصي وفي الالتهاب السحائي
الزمن توجد العنكبوتية ملتصقة بالام الحنونة والام الجافية اما بالجحمة
أو بالتصاقات متعددة والام الحنونة تكون ثخينة متكاثفة والمسافات تحت
العنكبوتية بمثابة مسائل عكراً وقد توجد الام الحنونة احياناً مستجيبة الى
غشاء سميك لا يمكن فصله عن المخ بدون تمزق هذا الغشاء

(الاعراض والسير)

الالتهاب السحائي الحاد يصطبغ في اثناء سيره بطواهر حرجية شديدة
وعلى الخصوص بسرعة عظيمة في النبض وقد يبتدئ كثيراً من التهابات
الحسادة الممتدة للاعضاء الانخر بقشرة عظمية وهذه الظواهر الحمية
العامة لا تسكاد توجد بهذه الشدة في غير هذا المرض من امراض الدماغ ولذا
كانت مهمة في تشخيصه وعند استمرار هذا المرض زمناً طويلاً ان حصل
تناقص عظيم في سرعة النبض بحيث يتنازل من المائة والعشرين أو من

المائة والأربعين في الدقيقة الواحدة الى ستين أو ثمانين مع استمرار باقي
 الظواهر الحية الاخر واضطراب وظائف الدماغ كمن هذا دليلا آخر على
 وجود التهاب السحايا وباقي اعراض هذا المرض هي ألم الرأس
 واضطرابت الدماغ التي ذكرناها مرارا اما على شكل ظواهر التهييج
 أو النجود أو الشلل العام والم الرأس في التهاب السحايا الحاد يرتقي الى
 درجة عظيمة جدا بحيث ان المرضي لا تشككي به فقط عند ما تكون حافظة
 لا ذراكها بل انها توجه يديها جهة رأسها ولومع فقد ادراكها مع الاين وهذا
 يدل على انها لم تزل تحس بالآلام ويكاد يوجد في جميع الاحوال من ابتداء
 هذا المرض اضطرابات عقلية بسبب قرب الالتهاب من الجوهر القشري
 للدماغ فالمرضي تكون في حالة قلق واضطراب ويفقدون النوم ويحصل
 عندهم هذيان بسرعة وكذا يحصل اضطراب عظيم في الحساسية بحيث ان
 المرضي لا يتحمل الضوء الشديد ولا اللفظ القوي بل انها ترجع احبانا من
 اقل ملامسة وينضم لذلك طنين في الاذنين وشرر أمام العين وضجر عظيم
 واصطكاك في الاسنان وتضايق في الحدة وانقباضات عضلية وفي
 وقد ذكرنا جميع هذه الظواهر في احوال الاحتقان الدماغى البسيط وفي
 شبه الاستسقاء الدماغى للأطفال المعروف بالادر وسف الوئيد وفي الحقيقة
 ليس للالتهاب السحائي علامات واصفة له فاصرة عليه لا توجد في غيره من
 امراض الدماغ وانما معرفة الامور السببية وارتفاع درجة الحمى وعلى
 الخصوص سرعة النبض والام الشديد جدا للرأس يحكم بها مع التقريب في
 هذا الدور على نفي وجود احتقان دماغى بسيط او انهي سادماغية غير ان
 الغالب ان يحكم على وجود هذا المرض وعلى حقيقة تشخيصه في الدور
 الثاني له وذلك بمشاهدة الاعراض الخطرة وعدم نجاح الوسائط العلاجية
 وبالانتهاء المخزن الكثير الحصول لهذا المرض فان فقد في الدور الاول
 العلامات المتضمنة وجب على الطبيب التأني في الحكم على العاقبة فانه
 في الغالب لا يتضح الامر إلا بعد عدم نجاح المهلات والاستشفاعات
 الدموية الموضعية ويحقق من التمييز بين الاحتقان الدماغى والالتهاب
 السحائي ثم ان الدور الثاني لهذا المرض يكون في الغالب ميذا بنوب متتجات

يسبقها عادة تيبس في عضلات القفا وانقباض مسفر فيها فان هذه العلامة
يتبين منها غالباً انتقال هذا المرض من دوره الاول الى دوره الثاني وفي هذا
الدور الاخير تنقع المرضى في حالة خدر عميق وثبات فلا تدرك المؤثرات
الظاهرة ولا تحس بها فلا يكون لها قدرة على تحريك الاطراف ومع ذلك
في بعض العضلات سيما عضلات القفا لم تزل منقبضة انقباضاً مسفراً
تتأقوسياً والحدقة التي كانت في الابتداء منقبضة تقدد في هذا الزمن
لكن ليس على الدوام وكذا يحصل في النبض ببطء عادة لكن ليس على
الدوام أيضاً ويتقدم الثبات والشلل العام وبارز يادها تمكك المرضى
بعد بعض الايام ويندر أن يمتد ذلك الى انتهاء الاسبوع الثاني أو الثالث
وهذان الدوران اللذان كثيرا ما يشاهد فيهما تحسين ظاهري لا يمكن
تطبيقهما على دورين مطابقين لهما في التغيرات التشريحية المرضية حتى
يقال مثلاً ان الدور الاول يطابق احتقان السحايا والدور الثاني يطابق دور
النضج الذي ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية وكذا ان فيه على انه في كثير
من الاحوال سيما التي فيها ينضم الالتهاب السحائي لتسوس الصخرة
أو غيره من امراض الدماغ يكون الدور الاول قليل الوضوح لومفقودا
بالكلية وفي مثل هذه الاحوال تبتدئ الظواهر المرضية بنوبة تشنجات
تتردد بجملة مرار يعقبها ثبات عميق وشلل عام مصحوب بانقباضات مسفرة
في بعض العضلات والانهاء الكثير الحصول في الالتهاب السحائي هو
الموت وذكر المشاهدات المرضية المعلنة بشفاء سريع في مثل هذه الاحوال
نوقظ الظن بانه حصل خطأ في التشخيص سيما وانه توجد مشابهة بين
اعراض الالتهاب السحائي والاحتقان الدماغى البسيط وعلى الخصوص
عند الاطفال

واما اعراض الالتهاب السحائي المزمن فليست معروفة جيداً سيما في ابتداء
هذا المرض ولوان اثر التغيرات التشريحية لهذا المرض كثيراً ما توجد في
جثة الاثنا عشر السكارى والمصابين بامراض عقلية والذي يظهر أنها
تبتدئ بألم في الرأس واضطراب في وظائف الدماغ على شكل ظواهر التهابية
غير انه في الحالة الراهنة صعباً في السكارى مثلاً يكاد يبين الشك دائماً بين

الاعراض المذكورة هل تتعلق باصابة التهاية في البصا يا او بالتمهم بالكل
واما في الدرجات المتقدمة لهذا المرض فمعرفة تسهله فان وجد عند مريض
تعرض للاسباب المتقدم ذكرها وامكن نفى غير هذا المرض من امراض
الدماغ سيما الضمور البسيط لهذا العضو وحصل عنده تناقص في قوته المذكورة
وصارت قوته المفككة غير حادة وتغيرت خصاله وانضم لذلك ارتعاش
في الاطراف واهتزاز عند المشي وغير ذلك من علامات الشلل التدريجي جز
الحكم بتضيض الالتهاب العصافي الزمن

المعالجة

في الالتهاب العصافي الحاد المصحوب بنضج قيحي ليني يمكن الحصول
في بعض الاحوال على نتائج عظيمة جدا بواسطة المعالجة القوية المضادة
للالتهاب وفي الغالب لا يحتاج للاستفراغات الدموية العامة بل المستعمل
بكثرة الاستفراغات الدموية الموضعية كارسال العلق مرة او مرارا
خلف الاذنين وعلى الجبهة وتكراره ان سمحت قوى المريض بذلك وبالنسبة
للاطفال لا يوضع منه الا قليل بخلاف البالغين فيرسل منه بقدر خمس عشرة
الى عشرين على التنوين الحليين ويستعاض ذلك بالمحاجم القشرية
عند الفقرا وزيادة عما ذكر يغطي الرأس بعد ازالة شعره بكدمات جليدية
او بخمسة مملوءة بالجليد ويعطى للمريض مسهل شديد مركب من الزئبق الخلو
والجلية او الاملاح اوزيت الخروع او الحصى المسهلة القوية وفي الدور
الاخير لهذا المرض ان حصل للمريض ثبات وكوما وغيرهما من علامات شلل
الدماغ ولومع استعمال الوسائط السابق ذكرها ينبغي وضع حراقة عريضة
على جميع القفا واستعمال المراهق المنقطة على فروة الرأس وأجود من هذه
المصرفات واغوى في التأثير الحمايات التشنجية ومب الماء البارد على
الرأس من ارتفاع مناسب بواسطة فصوص مل وتمكاد المرضى تقيق مدة صب
الماء البارد على الدوام وينبغي تكرار استعمال هذه الوسطة زمانا فزنا
اعني بعد بعض ساعات ان اريد الحصول على نجاح مسرور ويمكن ازدياد
مقدار ما يصب من الماء على الرأس كل مرة بحسب الاقتضاء ومن
المستعمل بكثرة في هذا المرض ايضا ذلك بالمرهم السجاني الزئبقي على القفا

واستعمال الزئبق الحلو بمقادير صغيرة استعمالا مستقرا فان لم تجده هذا المعالجة
نفعاً وجب تلطيف ظواهر تهيج الدماغ بواسطة المركبات الاقيونية
او المرفين او الجمادات الفاترة ومساعدة امتصاص النضج بواسطة استعمال
الديجيتالا او بودور البوتاسيوم

وفي الشكل المزمن من هذا الالتهاب اوصى كروكن بارج بالنشئل البارد
وذكر انه اقوى الوسائط في هذا الداء فقد شاهد في حالة شفاء احد المصابين
بالالتهاب المصائي المزمن عقب استعمال هذه الوسطة وصب الماء البارد
على الرأس صباحاً ومساءً فخلعوا الخمسين مرة ويستعمل بكثرة في الشكل
المزمن من الالتهاب المصائي بودور البوتاسيوم او بودور الحديد عند تقدم
الضعف بكمية عظيمة وصلى الشكل الناتج عن سوء القنية الزهري بل
وفي غيره من اشكال المزمته لهذا المرض هذا مع مساعدة الجمادات الفاترة
وصب الماء البارد على الرأس

(المبحث التاسع في الالتهاب المصائي القاعدي المعروف بالالتهاب)
(الدرني لأم الحنونة والدرن الدخني البسيط لها وبالاستسقاء الدماغى الحداد)
* (كيفية الظهور والاسباب) *

في الالتهاب المصائي القاعدي ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية
الكائنة في قاعدة الدماغ نضج قليل الكرات القيصية سهل الانعقاد وحينئذ
يتولد في المصايا القاعدية قهيجات درنية على الدوام وبذلك يتكون شكل
مرضى يسمى بالالتهاب المصائي القاعدي الدرني وينبغي تمييز هذا من
الدرن الدخني البسيط للمصايا لان تكون الدرني في هذا الاخير لا يصطبغ
بتغيرات النهائية ولا بنضج التهابي ولان كلامنا عن امراض هذين المرضين
وسيرهما يفتقر عن الآخر من بعض الوجوه مدة الحياة وكل من الالتهاب
المصائي القاعدي والدخني البسيط للمصايا يكاد يودى على الدوام الى
انسكاب سائل في الجيوب الدماغية ولين في جذرها والاجزاء المحيطة بها
وهذا اللين يكون ناشئاً عن نوع تعطن او فساد في جوهر الدماغ بواسطة
ارتشاح بسيط او نضج التهابي

ثم ان كلامنا عن الالتهاب المصائي القاعدي الدرني والدرن الدخني البسيط

للنسب الايكاد يحصل حصولا اوليا الى ذاتها عند انضمام سليمين من قبل
 وهذا الامر ينبغى الالتفات اليه بالكلية حيث انه مهم للغاية بالنسبة
 للتشخيص الفيزي بين الاشكال المختلفة للالتهاب المصائي فالغالب ان
 يكون المرض الذي نحن بصدد مظاهره موضعية من جملة ظواهر الدرن
 الدخني الحاد او المزمن المنتشر في البنية او بالاقل في كثير من الاعضاء وكثيرا
 ما يهلك عدد عظيم من الاطفال بهذا الشكل وان عاشوا بصيرون مستعدين
 للاصابة بالسل الرئوي والاطفال الممرضة للاصابة بهذا الداء ليست فقط
 ذوات البنية الخنازيرية الواضحة بل ايضا الاطفال النسيطة المتولدة بين
 ابوين مصابين بالسل اضعفين وتكون ذات بنية درنية التغذية ضامرة
 الفوق غير انه يكون فيهم فطنة واستعداد عقلي عظيم وجلودهم رقيقة
 واورتهم لماعة واهداهم طويلة وصلبة اعينهم مزرقة وكل من الاستحالة
 الجينية للعدد الشعبية والمساريقية والبورات الجينية للرئين وغيرها
 من الاضطرابات الغذائية المزمنة التي توجد بكثرة في جملة الاطفال المالكين
 بالاستسقاء المصائي الحاد مع تكونات درنية جديدة في اعضاء متعددة كثيرا
 ما انهم امر هامدة الحياة فلم تعرف وهذا هو السبب في الوقوع في الخطأ
 والظن بان الاصابة المصائية الدرنية الدماغية اولية وينعكس ذلك فيما
 اذا اصاب الالتهاب المصائي القاعدي الدرني اشخاصا متقدمين في السن
 بمعنى انه يوجد في الغالب قبل ظهور اعراض الالتهاب المصائي الدرني
 بزمن قليل ظواهر تدل على الدرن الدخني الحاد او بزمن طويل علامات
 السل الرئوي المزمن وهو الغالب وفي احوال اخرى وان انضم الالتهاب
 المصائي القاعدي الدرني او الدرن الدخني البسيط للمصا بالغيره من
 الآفات الدرنية القديمة كالدرن الرئوي المزمن او الدرن الدماغى المزمن
 او الاستحالة الجينية للعدد الشعبية والمساريقية فلا تكون مصهوبة
 بتولدات درنية دخنية جديدة في غير المصا بالقاعدية من الاعضاء
 بحيث تكون المضاعفة الحادة الوحيدة لهذه الاصابات الدرنية
 المزمنة وبالجملة فقد يظهر الالتهاب المصائي القاعدي الدرني او الدرن
 الدخني البسيط للمصا بدون اصابة درنية اولية في الاعضاء الاخرى

عند أشخاص سليمين من قبل اولى اثناء النقاغة من الامراض الثقيلة
كالتيبة فوس والحصبة وغير ذلك

ثم ان الاصابة الدرنية للمصا ينادرة في السنة الاولى من الحياة واكثر
حصولا في السنين التالية لهذا السن ولا تشاهد عند المتقدمين في السن
الامشاهدة استثنائية بقطع النظر عن الاحوال التي فيها تضعف السل
الرئوي وبعد من الاسباب المهمة للاستسقاء الدماغي الحاد عند الاطفال
التنيمات والاشغالات العقلية المفرطة لكن هذا ظاهر البطلان فان
الاطفال الفاقدة الاستعداد لا تصاب بهذا المرض مهما تنبت الوظائف
العقلية عندهم فحينئذ الاستعداد للاصابة بهذا المرض ليس فائجا عن مجرد
التنيمات العقلية بل عن وجود الاستعداد الاصل وتغوى الوظائف العقلية فموا
قبل اوانه وكذا يقال في السقطات والضربات على الرأس فانهما لا يؤدان
كما قيل للاصابة الدرنية المصائية ولا للاستسقاء الدماغي فانه وان
تحقق للطبيب ان الطفل المصاب بالدرن المصائي وقع على رأسه مرة أو جملة
مرار قبل الاصابة لا يجوز له اعتبار هذا الامر سبباً للاصابة بهذا المرض
(الصفات التشريحية)

يوجد في التهاب المصائي الدرني نضج مصفر قليل المعان هلامي غزير
غالباً شاغل للمسافات الكائنة بين الام الحنونة والعنكبوتية خصوصاً في
محيط تصالب الاعصاب البصرية وفي امتداد المصا يا جهة الحدة
الدماغية والقاع المستطيل والفرج الدماغية العظيمة سيما فرجة سلفيوس
ويمتد ذلك جهة السطح المحذب للدماغ ومع ذلك نكاد نوجد الام الحنونة
على الدوام موشحة بصبغات درنية مبيضة اللون في حجم حبة الشهاج
او اعظم وأكثر وجود هذه التصبغات في محيط الاوعية الدموية
وفي الدرن الدخني البسيط للمصا ياتكون التغيرات التشريحية اقل وضوحاً
فلا يوجد الا بالبحث الدقيق تصبغات صغيرة عديدة في الام الحنونة ذات لون
مبيض شاغل للاصفار السابق ذكرها ولا تنضج طبيعة هذه التصبغات الامع
اعتبار الاستسقاء الدماغي الحاد المصاحب لها والتصبغات الدرنية في غير
المصا يامن الاعضاء الاخر

والجيوب الدماغية سيما الجيوب الجانبية وكذا الجيوب الثالث تكون مختلفة
بسائل مصلي ومصدرة في كلا هذين الشكليين من الدرن المصائي وهذا
السائل يكون صافيا والغالب أن يكون متعكرا يندف فيه وجدر الجيوب
الدماغية في مثل هذه الاحوال تكون ليننة جدا بحيث تنزق بأقل ملامسة
وهذا اللين الاستسقاء قد يمتد الى اصفار بعيدة من الجوهر الدماغى وكما
كان النضج غزيرا كان جوهر الدماغ اكثر بهامة وخلو اعس الدم وازداد
بياض الاصفار اللينة من الدماغ

* (الاعراض والسير) *

الاعراض الرئيسة للدرن المصائي والاستسقاء الدماغى الحادى هي عبارة
عن الاضطرابات الدماغية التى ذكرت مرارا الا انها ذات خصوصيات ناتجة
غالبها عن مجلس الاصابة كظهور التشنجات الكثير جدا ولنبه على ان
تهيج الاجزاء القاعدية من الدماغ عند الحيوانات ينفع عنه تشنجات وزيادة
من ذلك يشاهد في التهاب المصائي القاهدى الدرئى اكثر من جميع
الامراض المتقدم ذكرها مثل في العصب البصرى والمحرك للمقلة وفقد
البصار والحوال وتعدد في الحدقتين كما انه يتعلق بمجلس المرض ايضا وتأثيره
في الخناق المستطيل ومحل خروج العصب الرئوى المعدى كثرة الاضطرابات
في حركات التنفس وعدم انتظامها وبطء النبض بطأ عظيما في الابتداء
ثم تعتبر بسرعة عظيمة نحو الانتهاء وتوجيه هذه الاعراض والحكم بها على دور
المرض عصر للغاية ثم ان التهاب المصائي القاعدى الدرئى وان لم يظهر
هناك اشخاص سليمين من قبل لا تعد فيه من جملة الظواهر النابتة لهذا
المرض اعراض الامراض التى يصاحبها او يعقبها الدرن المصائي بل
في غالب الاحوال خصوصاً عند الاطفال يسبق الاعراض الواضحة لهذا
المرض ظواهر بطيئة لا يمكن الحكم عليها بالنأكد على الدوام وهذه
الظواهر تعتبر حقيقة ظواهر سابقة لهذا المرض فالاطفال يحصل عندهم
تغير في اخلاقهم ولا يكون لهم حظ في اللعب بل يميلون للجأوس والسكون
ويسندون رؤوسهم غالباً ويوجد عندهم نعاس واحلام مزعجة ويشتكون بالم
في الرأس خصوصاً في احوال التهاب المصائي الدرئى ولا في احوال الدرن

الدخني البسيط للمحيا وعند استقرار الظواهر المذكورة التي يمكن ان تستمر
 بجملة اسابيع يحصل نخافة للاطفال بسبب اضطراب الهضم عندهم والحركة
 الحمية الحقيقية ايضا ومع ذلك فقد تمضي هذه الظواهر بدون ان يلاحظها
 أهل الطفل ويخبرون عند ظهور الاعراض الشديدة بان الطفل اصيب بدفعة
 واحدة ومن الواجب معرفة هذا الامر حيث انه من المهم معرفة ابتداء
 مرض جديد أو ابتداء الاعراض الخطرة لمرض في الدور الاخير منه
 ومتى انضم الظواهر المذكورة فيه فلا يمكن نسبتها للتباعد عن التدبير
 الغذائي وكان تكرر التي المذكور ليس بعد الاكل بل عند استيقاظ الاطفال
 من النوم وكان معتريهم مع ذلك امساك وكان البطن ممتصفا وجب على
 الطبيب اعتبار الظواهر المذكورة مع غاية الدقة ولو انها لم تحدث عند أهل
 الطفل رهبا وفزعاه عظيمين فانه بعد حصول الظواهر المذكورة تبدي
 الاطفال بالتشكي بالشد في الرأس وفزع من الضوء وانزعاج من اللفظ
 واصطسكاك الاسنان مدة النوم وصرخ مخرج زما فزما (يسمى بصرخ
 الاستسقاء الدماغى) ويشاهد عندهم انقباضات في بعض الاطراف زما
 فزما أو حركة انزعاج بغائية في جميع الجسم عند القيام من النوم مع احلام
 مفزعة يستمر تأثيرها المفزع عندهم مدة البقطة وتكون الاطفال في حالة
 قلق عظيم وكثيرا ما تكرر الكلمة الواحدة مرة أو جملة مرار وتكون الحدقتان
 في هذا الزمن غالباً متبعضتين والنبض سريعا ومتى اعقبت الاعراض
 المذكورة الظواهر المرضية السابقة وشوهد ان الاطفال تضغط بمؤخر
 رأسها على وسادة النوم مع انقباض في عضلات القفا وانتفاخ في العقد
 الليفافية العنقية كان الحقيق من هذا المرض الخطر قريبا
 وعمّا قليل من الايام تغير حالة المرض بضرعة بمعنى ان توبة التشخيص العامة
 التي ذكرناها فيما تقدم تنتقل الى الدور الثاني الذي تسلطن فيه ظواهر
 الشلل فيقل التي أو يزول بالكلية ولا تشكى الاطفال حينئذ بالمر في الرأس
 وانما توجه يديه نحوها ولا تنزعج من اللفظ الشديد ولا تتأثر من الضوء فلا
 غيل برأسها عند تقريب ضوء شمعة مثلا امام الاعين غير أن كلاما من الصرخ
 واصطسكاك الاسنان يستمر وكثيرا ما توجد عضلات احد الاطراف

أواحدى جهتي الجسم في حالة انقباض خفيف وعضلات الجهة الاخرى في حالة استرخاء بحيث تسقط عند رقبها وفي هذا الزمن تمدد ابتداء احدى الحدتين ثم الاخرى ولا يمكن الاطفال توجيه ابصارهم الى نقطة مخصوصة بل يحصل عندهم الحول والنفض الذي كان ابتداء مريعا يصير بطيئا بطلا عظيما بحيث لا يضرب في الدقيقة الاستين ضربة او اقل وكذا حركات التنفس يحصل فيها تغيرات عظيمة بان تصير سطحية بطيئة خفيفة مدة بعض زمن بحيث يظهر كأن الطفل نسي حركات التنفس ثم تحصل حركات تنفس غميقة جدا فكانها موضعا فاتها من حركات التنفس الضعيفة السطحية السابقة ويصير السيات اكثر وضوحا وفي اثنائه تكون الاجفان غير منطبقة بالكلية والاعين غير مقتركة او يكون الجفن العلوى ساقطا الى اسفل والمقلة مقبضة الى اعلى بحيث يتغطى نصف الحدة من الجفن العلوى ومع هذا فيتغير لون الوجه زمانا فزمانا بحيث ان الطبيب غير المقرن عند رؤية الوجنتين المنفتحتين والاجفان المنتفخة والاعين ذات الحدفات المقددة اللامعة السوداء يظن ان الطفل غير مصاب بمرض خطر وفي اثناء هذا الدورة تكون نوب التشنجات مع فترات كثيرة الطول او قليلة اما قاصرة على احدى جهتي الجسم او مدة فترات نحو الجهتين معا واذا كان التشنج قاصرا على احدى جهتي الجسم لا ينبغي الظن بان جهتي الدماغ المقابلة للجهة المصابة بالتشنج هي المريضة وانقباض عضلات القفا انقباضا يبتدئ بسيما مع التحنن العنق الى الخلف يسير في هذا الدور عادة

ثم ان هذا الدور يستمر احيانا مدة اسبوع بل اكثر وفي اثنائه وان فقد عثم الطبيب من حياة الطفل واهله ايضا يحصل احيانا بعض تحسين ظاهري يغش اهل الطفل ثانيا فيتعثهون في حياته وقتيا حين حصول الانتهاء المحزن وعلى الطبيب ان يسلم ان الانتهاء المحزن المذكور لا يحصل الا عقب تغيرات واضحة في الاعراض حتى يخبر اهل الطفل بذلك لان النبض يسرع سرعة عظيمة قبل حصول الموت باثني عشرة ساعة تقريبا ويتغطى الجلد بالعرق ويصير البطن المنقبض طليبا منتفخا ويحصل التبول والتبرز بكيفية غير ارادية ويدهم في الصدر خراج تحت قناعية او مخاطية ممتدة

ثم ان اغلب احوال سير الالتهابات المصائية القاعدية الدرنية والدرن
الدخني البسيط للمصايا يكون تدريجيا وبكيفية واحدة مشابه لما ذكرناه
اغما قد يحصل بعض اختلافات من تسلسل بعض الاعراض واختلاف مدة
ادوار المرض بتمامه

فلذا كران هذا المرض في بعض الاحوال يكون ذا سير سريع جدا ومصحوبا
بظواهر مشابهة لاعراض الالتهاب المصائي الحاد بحيث يتعذر التمييز بينهما
بالكلية كما اننا نذكر كراته من جهة اخرى قد يشاهد عند الاثضام الحالكين
بالسل الرئوي عند فعل الصفات التضريرية درن في المصايا ودرجة خفيفة
من الاستسقاء الدماغى لم يتضامدة الحياة بظواهر مرضية وثبتت من مثل
هذه الاحوال ان دور الظواهر المرضية السابقة للمرض الذى نحن بصدده
يتعلق بابتداء اصابة الدماغ نفسها ولا بمضاعفات هذه الاصابة ولا
بالاصابة الدرنية العامة وتنبه ايضا على ان كلامنا من الالتهاب المصائي
القاعدي الدرني والدرن الدخني البسيط للمصايا متى ظهر مدة سير السل
الرئوي المتقدم عند الاشخاص المتقدمين في السن لا يبتدئ بظواهر مرضية
سابقة واضعة بل لا تعرف الا عقب حصول انقباض عضلات الفقا والسبات
وبطء النبض وتعدد الحدقتين وغيرها من الاعراض الدالة على تقدم مرض
المصايا واكثر انتهاء هذا المرض يكون بالموت وهناك احوال تنتهي بالشفاء
نادرة جدا بل ربما كانت غير ممكنة الحصول وكل من السير المختلف لهذا
المرض والانخطاطات الصريفة له لا يؤدي للحكم على سلامة عاقبته بل
الذى يؤدي لذلك هو التمسك المستمر لجميع الظواهر المرضية

المعالجة

معالجة الالتهاب المصائي الدرني والاستسقاء الدماغى الحاد لم تكن فيها
صعوبة على الاطباء قبل عصرنا هذا بزم قليل فان التهاب عضوهم مثل
المصايا الدماغية كان يستعمل فيه المعالجة المضادة للالتهابات القوية جدا
بحيث انه كان يوصى في ابداء هذا المرض بالاستفراغات الدموية وباعطاء
الزيتى الحلو وزجاجة الحارصين وبذلك بالمرهم السحبابى على الفقا وكانت
الاطباء ينتظرون مع استعمال هذه المعالجة ظهور البراز المحض الذى هو

نتيجة الزئبق الحلو وابتداء حصول التهاب فان كلامنا من هاتين الظاهرتين
 كان يعتبر علامة دالة على تأثير هذه الطريقة العلاجية وفي الدور المتأخر
 كان يعتمد في احداث امتصاص النضج الالتهاؤ ولذا كان يستقر على ذلك
 المرهم الزئبقي وتستعمل المدرات البولية والمهزقات القوية كالمقص
 والحرارتي على جلد الرأس المجلوق او ذلك بالمرهم المنقط وان تقدم الشلل
 مع ذلك كان يستعمل منقوع الارنيكا أو الكافور ثم لما انضج في ههنا
 هذا ان المرض الذي نحن بصدده ليس بالظاهرة من جملة ظواهر الامصابة
 الدرنية المنتشرة صار الامتناع من استعمال المعالجة المضادة للالتهاب غير
 ان الاطباء وقعو في خطأ آخر وهو الامتناع بالكلية من المعالجة أعني
 المعالجة بالاستنظار أو الاجتهاد في مقاومة الديدسكرازيا الدرنية المنتشرة
 والمعالجة المدوحة في الالتهاب السحائي الدرني والدرن الدخني للسحايا
 انه في ابتداء المرض سيما متى اشتكى المريض بألم شديد جداً في الرأس دال
 على التهاب السحايا درني يستعمل ارسال العلق خلف الاذنين والايضاء
 بهذه الواسطة جيد جداً حيث انه في هذا الدور يتعذر بالكلية التمييز بين
 اشكال الالتهاب السحائي المختلفة ولا يعلم مع التأكد هل الامصابة
 تتبدى من اول الامر بمجرد التهاب بسيط في السحايا ينضم اليه فيما بعد
 بتكرار الالتهاب تكونات درنية ام لا وينبغي تكرار الاستنقارغات الدموية
 الموضعية المذكورة ان حصل منها فبحال في الابتداء عند ازدياد الحالة
 المرضية وارتقاها كما انه يوصى في مثل هذه الاحوال في ابتداء المرض أيضاً
 باستعمال المعملات اللطيفة والوضعات الباردة او الجليدية على الرأس
 وزيادة عن ذلك ينبغي التماس في المعالجة كما ذكرنا في الالتهاب السحائي
 المصعوب بنضج صديدي لبني وأما في الاحوال التي فيها تكون الظواهر
 الالتهابية ليست كثيرة الوضوح فينبغي استعمال وسائل علاجية
 أخرى وذلك لان الاستفراغ الدموي الموضعي وان سمح باستعماله مرة واحدة
 قليل النجاس وتكراره مضر بلا شك ومن الموصى به بكثرة في مثل هذه
 الاحوال لما حصل منه من النجاس العظيم احياناً استعمال بودور البوتاسيوم
 بكمية عظيمة من جرامين الى أربعة وكذا زيت كبداخوت وشراب بودور

الحديد ونحو ذلك مع الاسفرار مدة طويلة واما الحمامات التشللية على الرأس
التي يحصل منها نجاس وقتي فالأوفق تركها في الاحوال الواضحة للالتهاب
الصحائي الدرني القاعدي والاستسقاء الدماغي الناتج عنه فان الاطفال وان
أفاقت مدة استعمالها الا ان هذا لا يمكنه زمنا طويلا فضلا عن كون هذه
الوسائط صعبة على اهل الطفل ومثل ذلك يقال في استعمال المصرفات
القوية كالمقص والدك بالمرام المنقطة ونحو ذلك

وقد اوصى المعلم (هاس) في الدور الابتدائي لهذا المرض باستعمال مقادير
صغيرة من المرفين بجرع من أربعة وعشرين جزءا من قمحة وذكرانه شاهد
من ذلك نجاسا عظيما في بعض الاحوال

* (تنبيه) * حيث ان المعالجة الشفائية لهذا المرض قليلة النجاس يجتهد جدا
في الحصول على غاية جيدة من المعالجة الواقية فعند ظهور الاستعداد
للإصابة بهذا المرض سيما في العائلة التي اطفالها مستعدة لذلك ينبغي
الحصول على رضاع جيد من مرضعة قوية البنية مع تعرض الاطفال لجميع
الوسائط الصحية الجيدة كارسالها في الحلات الجيدة الهواء وعدم تعرض
اذهانها لشيء منبه ولذا لا تجبر على الدراسة الا بعد مضي ثمان سنين وهو
السن الذي تسكثر الاصابة فيه بهذا المرض ولذا مع استعمال بعض الجوهر
الغلثائية والدوائية المضادة لسوء القنية الدرني ككالالبان وزيت كبذ
الحوت والحديد والزنج فقد امكن باستعمال تلك الوسائط حفظ بعض
الاطفال من عائلة فقدت عدة اطفال بهذا المرض

(المبحث العاشر في الالتهاب الصحائي الدماغي الشوكي الوبائي)
(المعروف بالتشنج الفقوي الوبائي)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

المؤثر المضر الذي يتأثر به يحصل شكل الالتهاب الصحائي الذي نحن بصدد
واتسارته في بقاع كثيرة الامتداد أو قليلته بحيث تظهر اوية قليلة الانتشار
أو كثيره غير معروف لنا لكن من القريب للعقل القول بان الالتهاب
المذكور ليس متعلقا بمؤثرات جووية ولا أرضية بل انه ناتج عن تسمم الجسم
بسم مرضي نوعي والظهور المتعدد زمنا فزمنيا لمرض من الامراض

في احدى البقاع التي تكون مصونة عنه عادة وكذا اصابة جملة انخاص من عائلة واحدة وان كان في حد ذاته لا يجوز الحكم بان هذا المرض ناشئ عن تسمم في الجسم الا ان مريان وباء من محل الى آخر كما هو المشاهد في اوبئة الالتهاب المذكور يعتبر ولا بد هامة قوية على منشئه الميازماي غير ان انتقال هذا المرض بواسطة اصل معدى لم يشاهد ا كيدا ولو ذكر بعض أحوال يترأى منها بحسب الظاهر انتقال هذا المرض من شخص الى آخر

ومع ذلك فالالتهاب السحائي الشوكي الوبائي لا يعتبر من جملة الامراض التعممية العامة كالاشكال التيفوسية وسنتكلم عليها فيما بعد فان اعتبار هذا المرض شكلا تيفوسيا مخصوصا كما كان منتقرا في فرنسا سابقا صار رفضه بالكلية بواسطة المشاهدات التي فعلت في المانيا مدة الاوبئة الاخيرة ونحن نميز هذا المرض عن رتبة الامراض التعممية العامة التي منها الاشكال التيفوسية المختلفة بالوجه الآتية منها ان الاضطراب المرضي العام يتعلق في الامراض الاخيرة ولا سيما الحى بقبول الجوهر المسم في سوائل البنية والتغيرات التشريحية للأعضاء المختلفة الناتجة عن التسمم تظهر على هيئة مخصوصة كالتى تنشأ فقط عن تأثير المسموم النوعية المنتشرة بخلاف الالتهاب السحائي الشوكي الدماغى الوبائي فان فيه الاضطراب المرضي العام والحى وبائي الاعراض تتعلق فقط بالتغير المرضي الموضعي الناتج عن التسمم بكيفية مشابهة لما يحصل في الالتهاب الرئوى اليبني او الحجرة وبالتائج المضرة التى يحدثها في الجسم هذا المرض الموضعي وكذا التغيرات التشريحية التى تظهر في السحايا والدماغ والنخاع الشوكي لا تتميز مطلقا عما سواها من التغيرات التى تحصل في احوال أخرى بمؤثرات مضرة أخرى فهذه الامور هي التى الجأتني لاعتبار الالتهاب السحائي المذكور مرضا موضعيا ولو كان منشأه ميازمايا

ثم ان اوبئة هذا الالتهاب تشاهد في الشتاء أكثر من الصيف وتنطفي عادة بطرق الفصل الحار ومع ذلك يوجد استثناءات من هذا الامر المغاير بالكلية لما يشاهد بالنسبة لاغلب الامراض الوبائية واكثر الاصابة به من الطفولية فان كثير من الاطفال غالباً يصابون به وهم لم يكون منه عند تسلطه وكذا

الاشخاص اصحاب السن المتوسط تكثر اصابتهم بهذا المرض واما المتقدمون في السن فيندر اصابتهم به وبما ساعد على ظهور هذا المرض تأثير الوسائط الرديئة الصحية التي من جلتها زراكم عدد عظيم من الاشخاص في المساكن او قشلاقات العساكر ونحو ذلك والاشخاص المعرضة لتلك المؤثرات تكون في اثناء انتشار هذا المرض اقرب لخطر الاصابة من غيرهم * (تنبيه) * قد شاهدنا هذا المرض على صفة وبائية في العساكر المصرية ولا سيما السودانية سنتين متواليتين أعني في برمودة سنة ٨٧ وكذا السنة التي بعدها في برمودة وفي كل مرة شاهدنا نحو الثمانين حالة وكان سبب هذا الوباء القاصر على العساكر منعلا ولا بد بتسلط بعض مؤثرات صحية غير جيدة ومؤثرات مبيازمانية كما ذكرناه ولم نعلم بان احدا سبقنا بمثل هذه المشاهدة وكان عدد المصابين به من دخل البهارستان العمومي بمصر من الثمانين الى المائة في كل مرة فحز من قريب ولم ينته الا بعد تباعد الاسباب واتخاذ الشروط الصحية الجيدة

* (الصفات التشريحية) *

في الاحوال الحديثة تكون التغيرات التشريحية مطابقة لبعضها كإسباتي وهوان الجثة لا يظهر فيها الحمأة ويستطيل التيس الرمي ويوجد كدم رمي عند على ظهر الجسم وفي كثير من الاحوال يشاهد حويصلات هربسية خاكة على الوجه وغيره من اجزاء الجسم وتكون العضلات مسمرة وفي بعض الاحوال تكون باهتة

وقبوة الجبهة تكون كثيرة الدم ويوجد في الجيوب المستطيلة كمية عظيمة من الدم السائل او المنعقد على هيئة جلط رخوة والام الجحافية تكون تارة كثيرة النور وتارة قليلة ومغطاة أحيانا بترسكات دموية صغيرة او التهابية مهاشية جافية ولا يوجد غالباً بين السحايا الجحافية والعنكبوتية انسكاب واما المسافات تحت العنكبوتية فمحتوى على انسكاب يكون بالنسبة لا يتشابه وشكله على هيئة متوسطة بين الانسكاب القهبي اللين في التهاب السحايا لقبوة الجبهة وبين الانسكاب القهبي الملاهي في التهاب السحايا القاعدي ويكاد يكون محذب النصفين الكريبيين العظيمين مصاباً

كالقاعدة لكن القاعدة أشد اصابة منه ويكون النضج في قسم تصالب
العصب البصرى وحفرنى ساويوس وقاعدة المخخ عظيمها والاعصاب
الناشئة من قاعدة المخ تكون محاطة بهذا النضج والمخ نفسه يكون محتويا
على كثير من الدم بدرجات مختلفة وقوامه متناقصا وفي محيط الجيوب
يكون هذا القوام عجيبا سهل الذوبان ويكاد يوجد على الدوام في الجيوب
الدماغية قليل من سائل قيى ويندر وجود كمية عظيمة من سائل مصلى
صاف فيها

والام الجافية للقاع الشوكي يكون احتواؤه على الدم متفاوتا وقد تكون
متوزة في اجزائها السفلى ويوجد بين الام الجافية والعنكبوتية الشوكية
سائل قيى عكر متفاوت الكمية والعنكبوتية لا يظهر فيه تغيرات سوى
تكدروا ضح ويوجد بينها وبين الام الحنون سائل قيى متفاوت الكمية
ومسوحها من تشح بنضج قيى هلامي وامتداد هذا الارتشاح يكون غير
مستوفى معظم الاحوال يكون الجزء العنقى غير مصاب ويتبدى التغير
المرضى من الجزء الصدرى ومنه يمتد الى جهة الاسفل حتى يصل الى ذيل
الفرس اى الطرف السفلى من القاع الشوكي ويكاد يكون قاصر اعلى
السطح السفلى من هذا العضو والمحال المر تشح تكون حلقات غير منتظمة
عريضة من الوسط ضيقة من الاطراف وتكون هذه الحلقات منتظمة مرتبطة
بعضها بالشرطة دقيقة مصاحبة للاوعية الغليظة ويكون مفسوج الام
الحنون في المحال التى لا ترشح فيها بالمادة القيسية الهلامية متسكاثفا تخينا
عكر او القاع الشوكي يكون محتويا على كمية متفاوتة من الدم ومر تشحها
أحيانا بمادة مصلية ورخوا وقد وجد في سلة مشاهدتها العلم حسن القناة
المر كزية لهذا العضو متعددة ومختلفة بمادة قيية

وفي باقى الاعضاء لا يوجد تغيرات أخرى مهمة بقطع النظر عن طرق بعض
العضات والصفات التشريحية في الاحوال المستبطلة المدلة تعرف
الامن مشاهدات قليلة فقد وجدت في سالت من هذا القليل كان فيها النضج
متسكاثفا ومكابدا للاستعمال الجينية مع تجميع عظيم من مواد سائلة
في الجيوب وذ كره غيرا تغيرات مماثلة لذلك

* (الاعراض والسير) *

ولنرجع الى ما ذكرناه غير مرة من ان اعراض التهاب السحايا الدماغى الشوكى الوبائى وسيره يوجه جميعها بالتغيرات التشريحية المرضية للمخاطبات الدماغية الشوكية وانه بذلك يتميز هذا المرض عن أغلب الامراض التسممية الحادة فان جميع ما ذكر ضد هذا الاعتبار يرفض بسهولة بكونه فى التهاب الرئوى الحقيقى الذى لا يعتبره احدهم من جملة الامراض التسممية الحادة توجد بعض اعراض كالطفح الهرمى والبول الزلالى وغير ذلك مما تعمى نسبته للتغيرات الالتهابية فى جوهر الرئة والنضج الغزير الحاصل فى الخلايا الرئوية كما هو الواقع بالنسبة لبعض الاعراض غير المسفرة للالتهاب السحايا الدماغى الشوكى الوبائى

ثم ان ظهور هذا المرض يتبدئ أحيانا فى قليل من الايام بظواهر سابقة كآلام خفيفة فى الرأس والظهر لكن فى العادة يهجم دفعة واحدة بقشعريرة متفاوتة الزمن يصحبها سرعة آلام شديدة فى الرأس وفى الغلب الاحوال والم الرأس يرتقى بسرعة الى درجة قوية فيفسر المريض فى حالة قلق وضجر عظيم وتتضايق الحدة والقوة المدركة تبقى سليمة وتكون سرعة النبض من ٨٠ الى ١٠٠ والحرارة متوسطة وسرعة التنفس من ٣٠ الى ٤٠ فى الدقيقة وغالبا يشاهد فى انتهاء اليوم الاول او الثانى انجذاب الرأس الى الخلف ويظهر غالبا فى هذا الزمن طفح هرمى حول الفم وعلى الوجنتين والجفنين والاذنين بل والاطراف أحيانا ويستمر التشكى بالم الرأس الشديد ويمتد هذا الالم من الرأس الى القفا والظهر ويرتقى ضجر المريض الى ارقى الدرجات وتضطرب افكاره وتبقى الحدقتان منقبضتين ويقتسف البطن ويحصل اعتقال ويرتقى كل من النبض وسرعة التنفس زيادة عن المائة وعشرين ضربة فى النبض او اربعين حركة تنفسية واما درجة الحرارة فتبقى منخفضة او انها ترتقى زيادة عن ٣٩ وفى اثناء اليوم الثالث والرابع من ظهور المرض تظهر التشجان التيتنوسية فى عضلات القفا والظهر وقد تكون مصحوبة بالكرز وحينئذ يكتون تيتنوس خلقي واضح وينطفى الادراك ويزلزل لكن

المريض يبقى مستقرا على حالتي الضجر والقلق ويسعرا قباض الحدة
واعتقال البطن وانخسافه ويخرج البول بدون ارادة او يحتبس في المثانة
فيحتاج الحال لاستفراغه بالقسوة ثم ان المريض الفاقد الادراك يقع
في حالة خدر تام ويصطحب التدفيس بخراخر ضعيفة وبهلك المريض
بظواهر الاوديميا الحاد

وفي بعض الاحوال الثقيلة تظهر الاعراض السابق ذكرها في زمن أقل مما
ذكر في زول الادراك في اليوم الاول ويحصل تشنج يتنوسى شديد
في عضلات القفا والظهر بحيث يجذب الرأس بشدة نحو القفا وعندما يكون
سير هذا المرض شديدا جدا يمكن ان يطرأ الموت في اليوم الاول او الثاني
وبالجملة فهناك أحوال نادرة فيها يسير هذا المرض بسرعة أكثر من السابقة
بحيث يهلك فيها المريض بظواهر الشلل العام في قليل من الساعات بدون
ان تتضح الاعراض التي تنوسية الواصفة لهذا المرض

لكن هذا المرض وان ابتدأ بالكيفية السابقة وسار كما تقدم في الايام الاول
لا ينتهي بالموت على الدوام فن العلامات الجيدة يعتبر عادة تناقص الهذيان
المستمر وتحسين حالة الادراك ولومع استمرار ألم الرأس والظهر والتشنج
التي تنوسى لعضلات الظهر وعند تقدم حالة تحسن المريض يمكن زوال
جميع الظواهر المرضية في قليل من الايام وتبدئ النقاهة عند المريض
ولوانها تستطيل جدا

وقد يكون التحسن في حالة المرض غير تام وتستطيل مدة المرض وفي مثل
هذه الاحوال يمكن مضي اسابيع بدون ان تبدئ النقاهة فيستمر ألم الرأس
وجثاوة القفا والتي تنوس الخلفي وبشل بعض الاعصاب المحركة او
الوظائف الحيوية تنشأ صورة مرضية مضاعفة واغلب مثل هؤلاء المرضى
يهلك بتقدم النهوكة

ولنذكر أخيرا الاحوال ذات السير المتقطع من هذا المرض ولم اشاهد منها
الاحالة واحدة والمعلم هرش يميز تلك ثلاثة اشكال ففي الشكل الاول يحصل
التقطع في دور الظواهر السابقة بحيث تحصل جملة نوب وظواهر سابقة
واضحة ثم تزول بالكلية ثم تحصل نوبة جديدة يعقبها هجوم هذا المرض

واستمر ارسيره وفي الشكل الثاني يحصل في اثنائه ارتفاع هذا المرض الى ارقى
الدرجات انحطاط عام يخاف في الظواهر المرضية لكن يعقب ذلك في اليوم
التالي تناقل جديد في الاعراض وقد يتردد هذا الانحطاط عدة مرات على
مسافة طرز يوى كثير الانتظام او قليله وفي الشكل الثالث وهو الشكل
القالب ومن جملتها الحالة التي شاهدها تحصل تقطعات واضحة مدة
التفاحة وذلك ان الاعراض التي بقيت بعد انتهاء سير المرض بها ألم الرأس
وجثاوة القفا يحصل فيها تناقل شديد أحيانا مدة طويلة من الزمن على شكل
طرز يوى وفي اثناء التغيرات تكون حالة المريض مطابقة

ولنشرع الآن في ذكر الظواهر المرضية كلا على حدثها بعد ان شرحنا
اعراض هذا المرض وسيره على العموم فنقول

اما ألم الرأس الشديد فلا يفقد ولو في الاحوال التي فيها ينتهي هذا المرض
بالموت بعد قليل من الساعات أعني الشكل الصاعق واما في الاحوال التي
فيها يسير هذا المرض سيرا اعتياديا فالمرضى فيها تشتكى من نفسها بالم
في الرأس او بعد السؤال وذلك مادام الادراك غير متكدر ويظهر ان كلا
من الضجر والقلق والاثنين الذي يصاحب تكدر الادراك يتعلق بالم الرأس
وبالجلة توجد بعض أحوال في اثناء تسلطن وباء هذا المرض فيها يصحس بعض
المرضى ولو بدون هجوم هذا المرض بآلام شديدة في الرأس تستمر جملة ايام
ولا يمكن توجيها ولا معرفة السبب الناتجة عنه ومثل هذه الاحوال تعتبر
اشكالا اجهاضية في هذا المرض

واما ألم الظهر والقفا فانه يطرأ عادة بسرعة مع ألم الرأس او فيها بعد وهذا الألم
يزداد بالضغط على التواءات الشوكية للفقرات ويرتقى لدرجة عظيمة (مع
بعض استثناءات) عندما تزيد المرضى تحريك العمود الفقري او عند
تحريك العيرلة ويمكن فيها اذا استطال المرض زمانا طويلا يزداد هذا الألم
عند تحريك العمود الفقري مدة اسابيع

واما الاحساسات المؤلمة في الاطراف فهي بلا شك من طبيعة هسية وناشئة
عن تجميع الجنوع الخلفية من التضاع الشوكي وليست من الاعراض الملزمة
وربما لا يحصل الا عند تحريك العمود الفقري

ولما توران حساسية الجلد وقد هافيشاهد في الايام الاول من هذا المرض
واحيا نافي مدة جميع سيره ان ملاسة الجلد غير الطليقة تصكون
مؤلمة للمرضى فيزيد ضجروا وانينها كلما أريد تغيير وضعها في الفراش او
الفرع على بعض أجزائها ثم فيما بعد يفقد هذا الاحساس بحيث لا تحس
المرضى ولومع نهيج الجلد الشديد ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال لا يلقى
الحذر الذي تقع فيه المرضى من فقد الحساسية الدماغية وأقل من ذلك فقد
الحساسية الجلدية الدائرية المبينة بان المرضى ولومع ادراكها لا تحس بتنهيج
الجلد الا بقله ولا تحس به بالسكية وهذه الظاهرة تتعلق بانطفاء قابلية
تنبيه الجذوع الخلفية العصبية بسبب التهابها

واما التشنجات التشنوسية لعضلات القفا والظهر فلا تفقد الا في أحوال
نادرة من التهاب المصاعق وفي ابتداء يكون الرأس قليل
الانجذاب الى الخلف ثم يكون فيما بعد زاوية قائمة تقر يسمع الجسم وهذا
الوضع وبالتشنوس الخلفي للجزء الصدري والقطني من العمود الفقري
يتعذر بالسكية على المرضى الاستلقاء على الظهر فان ارتقى التشنوس الى
الدرجة العظمى حصل ولا بد تعذر في حركات التنفس وهذا العرض قد
يزول قبل الموت بقليل والغالب ان يستمر بدرجة متفاوتة الى الممات أو الى
حصول النفاثة

واما التشنجات الصرعية فنادرة الحصول وهذا الامر مع امتداد الانسكاب
على السطح المحذب من النصفين الكريين العظمين للدماغ مستغرب
واما الشلل فالغالب فيه ان تفقد طواهر الشلل الحقيقي الى الموت ومع ذلك
فهناك أحوال يحصل فيها شلل النصف الجانبي من الجسم (أى القاعج)
أو شلل النصف السفلي منه كما وان هناك أحوال عديدة يحصل فيها
شلل في أجزاء العصب الوجهي او المحرك للقله أو ما بعد لها وتوجيه ذلك
سهل بل قلة حصولها مستغرب

واما الاضطرابات العقلية فانه في ابتداء المرض يكاد يكون الادراك غير
مضطرب والمرضى لا تحسن الجواب على ما يوجه لها من الاسئلة لكن عما
قريب يحصل عندهم عدم راحة وقلق ثم تصير في قلق من السؤال فلا تجاب

الامع السامة اجوبة غير تامة ويوجد عندهم في الابتداء نوع هذان
لا ينقطع الا بعض دقائق وهو واصف للدور الاول من هذا المرض ثم يظهر
عند أغلب المرضى هذان مختلف الشدة بخلافه حالة خدر

واما اضطرابات الحواس فمنها التهاب القرني وهو ينجم عن عدم غلق
الاجفان غلقا تاما عند ضعف العضلة المحيطة الجفنية ضعفا نصف شلى
والالتهاب المشيمي النخصي والالتهاب الشبكي ويغلب على الظن ان ذلك
نتيجة امتداد الارتشاح الصديدي على مسير العصب البصري من تجويف
الجمجمة الى المقلة ولا يندران يؤدى ذلك لفقد الابصار والمهم يحصل بكثرة
في هذا المرض بحيث يلجئنا لقول بانه ينجم عن عدة أسباب أهمها امتداد
الارتشاح القيصي على مسير العصب المهي والاذن الباطنة

واما الطفح الجلدي فاكثرا ما يشاهد منها الحويصلات الهرسية وأقل من
ذلك مشاهدة الايريميا والوردية والانجيرية والبقع الكدمية والعرق الخبيث
وكثرة حصول هذه الطفجات ولا سيما وضعها المسامت المنتظم يودى لقول
بانهما تتعلق بتهيجات في أعصاب التغذية كما ثبت ذلك في الطفح الهرسي
المنطقي في أحوال الآلام العصبية كما أثبتته بيرنس وبرونج

واما الحمى ففيها يفقد تبعها المشاهدان سمسن العديدة الا كيدة الطرز المنتظم
فلا يوجد الا قليل من خطوط تقوسات درجة الحرارة مشابه لبعضه بل الغالب
ان توجد قذفات وثورانات فجائية قصيرة المدة في درجة الحرارة وبالجملة يكثر
وجود الطرز المتردد مع ثورات من نصف درجة الى درجة واما درجة
الحرارة العالية جدا فتكاد لا توجد الا في الاحوال الثقيلة التي تنتمى بالموت
وفي غالب الاحوال لا ترتقي زيادة عن ٣٩ واما الطرز المتقطع من الحمى
الذي يظهر أحيانا مع باقي الظواهر المرضية في انشاء النقاهة فيعتبره سمسن
حمى امتصاص بخلاف الطرز المتقطع الحمى في الاسبوع الاول والثاني من
المرض فانه يعتبره ارتفاعا متابعا للالتهاب السحائي وسرعة النبض
لا يستخرج منها ارتفاع درجة الحرارة فقد تكون عظيمة جدا مع توسط درجة
الحرارة ويندران يشاهد في ابتداء هذا المرض بطء في النبض

في المعالجة

الاحوال التي يستتبع منها جودة الطرق العلاجية الموافقة لهذا المرض والتي
تجدي نفعا هي التي يتشم فيها بالتصاح من قبل وذلك مطابق لما يشاهد
في جميع الاوية الحبيثة القتالة لجميع الامراض ومن رام تجربة الطريقة
العلاجية في الاشكال الثقيلة من هذا المرض فلا يقصص على نتائج مهما
كانت الطريقة العلاجية وكون المعالجة المستعملة في الالتهاب السحائي
الذي انى التي هي عبارة عن استعمال التبريد بواسطة الوضعيات الجليدية
على الرأس وارسال العلق خلف الاذنين وتعاطي الزئبق الخلو من الباطن
بوصفها كذلك في الالتهاب السحائي الدماغي الشوكي الوبائي يتضح ذلك
من منفعة الواضحة في المرضى الذين يظهر عندهم مبادئ هذا المرض
بتأثير وبائه المتسلطن اى الذين يصابون بالام الرأس والتغصا بل وفي
الاحوال الواضحة من هذا المرض قد ثبت نجاح هذه الطريقة العلاجية
طبقا لتضارب اغلب الاطبا الذين شاهدوه وصار رأى من لم يرغب احاطتها
ارتكانا على مشاهدة الاحوال الثقيلة منفردا وليس عندي تضارب مؤيدة
لتصاح المورفين من الباطن والحقن تحت الجلد مع المعالجة الباطنية
المضادة للالتهاب لكن هناك مشاهدات عديدة سيما مشاهدات هسن
ومنكوف تؤيد نجاح ذلك سيما الحقن تحت الجلد بالمورفين وقال هسن لم
نشهد من الحقن المذكور ادى ضرر ولو تكرر استعماله بل شاهدنا منه
نجاحا تسكينيا عظيما بحيث يظهر مع التبريد على الرأس وسائل عظمى
في معالجة الالتهاب السحائي

واما استعمال الكينين ولوى احوال هذا المرض الواضحة التقطع فليس
فيه ادى منفعة كما تحقق ذلك عند كثير من الاطبا المشاهدين لهذا
المرض

* (تسبيه) * فلذا ذكرنا اننا شاهدنا هذا المرض ستين متواليتين
في بيارستانا الهوى وها سنة ١٢٨٧ وسنة ٨٩ ميلادية وكانت
المشاهدة في اثناء الفصل الحار من السنة وفي كل دواء كان عدد الاحوال
المشاهدة في مدة قليلة نحو الشهرين من الستين الى الثمانين وجميعها بالعساكر

الوطنية ولا سيما السودانية

أما بخصوص التشرح المرضي فلم أجد أدنى اختلاف مما ذكره المؤلف في كتابه هذا مع أني كررت فعل الصفات التشريحية مرارا عديدة غير أني أنبه على شيئين كانا واضحين بكثر في هذه الصفات وهما الأول وهو كذا النص المرضي القبيح اللين على قاعدة الدماغ من الخلف ولا سيما الخنج والتضاع المستطيل بحيث كاد يكون على هذه الأجزاء طبقة ليفية قديمة مستوية كتما غطيت هذه الأجزاء بطبقة كثيفة من الدهن والثاني بين التضاع الشوكي السريع سيما التضاع المستطيل والجزء العلوي من التضاع الشوكي بحيث أنه عند شق الطبقة القمعية الخاص بالتضاع من هذه الأجزاء كان يسيل على هيئة مادة مبيضة كثيفة مقياسه كاللبن الكثيف وباقى التغيرات التشريحية هي بعينها كما ذكر المؤلف

وأما بالنسبة للأعراض فلم يكن عندي ما أضيفه إليها زيادة عما ذكره المؤلف إلا أنه على اختلاف الأحوال وكثرة المشاهدات أقول إنها شوهدت يصحح تنوعاتها وتسلطن بعضها أحيانا دون الباقى

وأما بالنسبة للعلاج فأننا كنا نستعمل المعالجة التي تقدمت مع الاهتمام بالأكثر بما ذكره من معنى المعالجة الباطنة المضادة للالتهاب ولا سيما لتبييت الأوصاف تحت الجلد بالمورفين والوضعية الباردة على الرأس وقد شاهدنا نجاح هذه الطريقة حتى كاد الشفا يكون أكثر من النصف في مجموع الأحوال خفيفة أو ثقيلة ولاجل بيان حالة هذا المرض ومعالجته اذ كر مشاهدتين من عدة مشاهدات انموزجا تلقاهما أحد تلامذتي وهو سعد سامع في الأكلينك احدهما انتهت بالشفاء والاخرى انتهت بالموت وقطعت فيها الصفات التشريحية فالأولى أنه قد حضر في يوم السبت الموافق ٨ برمودة سنة ١٢٨٧ ميلادية الى قسم الامراض الباطنة الجهادية بالقاعة الأولى غرة ١٩ شخص يدعى محمود بن اسماعيل من ٤ بجي يلايه غردبان ١ جي اورطة بنيتة متوسطة القوة ومزاجه لين نقاوى غمي ومنه نحو الثلاثين

وكان هذا الشخص عند حضوره يتشكى بالآلام شديدة في الرأس ممتدة الى

القفا والعمود الفقري العنقي الظهري مع فقد خفيف في الإدراك وحالة
هذيان وانقباض في عضلات القفا والظهر بحيث كان الرأس منهجداً إلى
الخلف انجذاً باخفياومعه أيضاً انقباض تشبهي في الأطراف وكذا زواضع
وكل من النبض والحرارة قليل الارتفاع وجميع هذه الاعراض كانت
معهم من أول يوم

وفي اليوم الثاني كانت حالة المريض ما سأذكره وهو ان حالة الإدراك
كانت متحسنة وكذا حالة الهذيان وأما ألم الرأس ومآعه فكان كالיום
السابق وانقباض عضلات القفا والظهر كان على حالة تشبعية تبتنوسية
والحساسية العمومية موجودة غير انها متناقصة بحيث لا يكاد يحس
المريض بالقرص والحدقتان منقبضتين واللسان مبيضا والنبض بطياً
وحرارة ظاهراً الجسم منخطة فأمر له حينئذ بالاستفرغات الدموية الموضعية
على الظهر بواسطة المحاجم التشريطية وارسل نحو عشر بن حلقة خلف
الأذنين وأعطى له مسهل مكون من اثني عشر قمحة من الزبيب الجلو واثني
عشر قمحة من الجلبة تفعل ثلاث ورقات احداها صبا و الثانية ظهرا
والثالثة مساء وأمر له كذلك باستعمال المكدرات الباردة على الرأس بعد
حلقه ولكون ألم الرأس والقفا شديداً جذاحق بالمورفين تحت الجلد
وبملاحظة المريض وجدت حالته تقريرا كالصباح انما ألم الرأس كان
متناقصا وانقباض عضلات العنق خفيفا وكان قد أثر فيه المسهل
جولة مرات

وفي اليوم الثالث وجد ان المريض حافظ لقوته العقلية وانقباض الأطراف
العضلي كاد لا يوجد وأما النسي في القفا والظهر فهو وان كان موجودا الا
انه اخف في التناقص بحيث ان المريض كانت له قدرة على فعل بعض حركات
في العنق وانما ألمه للامام كانت حمرة وكل من ألم الرأس والعنق والظهر
لم يزل مسقرا الا انه متناقص وبالضغط على فقرات القممين الأخير بن
كان يزداد وكانت الحدقتان ممددتين غير متحركتين واللسان مبيضا
والبطن منقبضا والنبض بطياً غير منتظم يصل الى ٦٠ في الدقيقة
الواحدة

وفي اليوم الرابع وجدت الاعراض متحسنة يعني ان ألم كل من الرأس
والقفا والظهر متناقص وتعد الحدقتين أقل من اليوم السابق وهكذا
الانقباض العضلي في القفا والظهر أقل والحساسية العمومية متناقصة غير
ان الخدر أكثر وضوحا والنبض متزايد حتى انه وصل ٩٦ في الدقيقة
الواحدة والحرارة بلغت ٣٩ درجة وخطين تحت الابط

وحيث ان الاعراض الجيبة كانت متزايدة عن اليوم الماضي امر بالريز
اذنك باستعمال منقوع النيجنتالا ١٢ قبة في ست اواق من المامع
جرام من ملح البارود مع التمداد على المكدرات الباردة على الرأس
وهكذا امر له بوضع حرقعة ريشة على القفا ولم يعط سوى بعض اغذية
سائلة خفيفة جدا

ثم في اليوم الخامس وجدت اعراض المريز الجيبة وخلافها متحسنة
والنبض والحرارة متناقصة عن اليوم قبله وانما تشدكي المريز بالأم
شديدة في مفصل الركبتين ولا سيما الجهة اليمنى حتى انه من شدتها لم يستطع
تحريك الاطراف السفلى وتمادينا على المعالجة هكذا في اليوم السادس
وانما يزيد عليها استعمال مروخ كافور في مسكن

ثم من اليوم السابع الى العاشر اجرينا هذه المعالجة السابقة مع
تنوعات خفيفة بحسب ثوران بعض الاعراض او انقطاعها وهكذا

وفي اليوم الحتم لعشر بن منع استعمال النيجنتالا بالكلية حيث ان ارتفاع
الحرارة والنبض زال بالكلية ولم يبق سوى الضعف والام الرأس والقفا
وثوران خفيف في الجنب مضاء وتمادينا هكذا على المعالجة الى ابتداء شهر
بشنس مع استعمال الاغذية الطيبة حتى تم شفاء المريز وترك
المارستان في ١٨ بشنس على احسن حال انتهى

واما المشاهدة الثانية فهي انه في ٢ برمهات سنة ٨٧ حضر الى الاستباليه
الكبرى باقصر العيني شخص سوداني يدعى عبد الله من عساكر ٧ جي
بلوك ٣ جي أورطه ٣ جي يساده ولدى حضوره صار الكشف عليه فوجد عمره
ثم وعشر بن سنة خفيف البنية ذا اضراس عصبية ومعه المودوار في الرأس مع
حرارة فيه وفي بقية الجسم والام في القفا والظهر مع تقلص في عضلاتهما

والحدقتان كانتا منقبضتين قليلا والنهض سر يعانفيا غير منتظم ومع ذلك فكان المريض حافظا لادراكه نوعا فامرله بالمسككات الباردة على الرأس بعد حلقه واجريت له الحمامة القشرية خلف الاذنين وفي صبيحة يوم حضوره ازدادت الاعراض السابقة وفقد الادراك رأسا وحدث عنده هذيان جنوني مع ضجر وقلق عظيم حتى يكاد لا يطبق ملابسه ولا النوم على السرير وغير ذلك والانتقباضات العضلية تتعاقب والظهر كانت متزايدة بحيث انهما كسبت الجذع شكل القوس مع وجود آلام فيها تزداد بالضغط وكان يوجد أيضا انقباض في عضلات البطن والاطراف لاسيما السفلى فعكست منثنية على الحوض لشدة انقباضها والحساسية العمومية متزايدة جدا بحيث يتألم المريض من أدنى شيء والنهض خفيفا جدا مع السرعة وعدم الانتظام وقد وصل الى ٨٤ والحرارة كانت مرتفعة حتى وصلت الى ٣٩ وخطين وبالحصوص حرارة الرأس وكانت الحدقتان منقبضتين جدا واللسان أحمر جاف فأمرله في ذلك اليوم بالاستفرغات الدموية الموضعية على مؤخر الرأس والقفا والظهر (بأن وضع له عشرون علة خلف الاذنين وقفل له اثني عشر مجما ثمرية على القفا وستة على الظهر) واعطى له مسهل من الجلبة والزيتيق الحلو من كل ١٢ قمحة في ثلاث أوراق على ثلاثة اوقات في مدة النهار مع التمدد على المسككات بالماء البارد على الرأس ولم يعط له في ذلك اليوم غذاء

وفي اليوم الثالث كانت الاعراض على حالتها انما النهض كان ٨٨ والحرارة ٣٨ واربعة خطوط فاستعملت المعالجة بعينها وزيد عليها حقنة مسهلة (من منقوع السنارطلى ومن الملح المروقيتان) لعدم تأثير الاوراق المسهلة السابقة وشدة الآلام استعمل له الحقن بالمورفين تحت الجلد ولم تزل حالة المريض في هذا اليوم بهذه المشابة بل زاد التشنج العضلي حتى عم الجسم وازداد التقيؤ بحيث وصل جسم المريض لحالة التيبس حتى لو جبر على انساها أحد الاطراف لتألم من ذلك تألما شديدا فضلا عن عدم استطاعته ووجد عنده

كراز شديد متقطع بحيث لا يمكن فتحه ولو تخفص الفك السفلى بيد اجنبية
وكان مع ذلك متقطعاً وكانت عيناه مغلقتين غالباً وعند انفتاحهما يحصل
له قرع من الضوء واحياناً تكونان شاخصتين والحدقتان ممددتين قليلاً
ودرجة الحرارة وصلت بالترمومتر الى ٣٩ وكان النبض خفياً جداً
بطيئاً غير منتظم ووصل الى ٨٤ وظهرت حمرة الحفن المسكن نوعاً حيث
كان المريض لا يتألم بالضغط على قسمي القفا والظهر

وبملاحظة مساء وجد ان الانقباض العضلي التشبهي للأطراف صار مصحوباً
بارتعاش متقطع وفي اثناء الليل انحطت ظواهر التبرج فكان ما حصل للمريض
هدوء واستراحة ونوم عميق وهذا بعد ان تبرز على فراشه بدون ارادة
وكانت مواد البراز سائلة مسودة كثيرة الكمية كريهة الرائحة وتغادى
على هذه الحالة الى الصباح

وفي اليوم الرابع تناقصت الحساسية العمومية وكان النبض خفياً بطيئاً
جداً غير منتظم ووصل الى ٦٠ والحرارة ٣٨ وخط واحد وبقي
اعراض الليلة السابقة كما كانت عليه

وفعلت المعالجة السابقة بعينها وزيد علم اوضع اللج الحردلية المتحركة على
الأطراف السفلى

وبالبحث عنه وقت الظهر شوهد فيه انحطاط جميع اعراض التبرج وقد
الهديان الجنوني بالسلبية وحل محل ذلك حالة سبات وكوما عظيمين ولم يزل
هكذا الى الليل وبالبحث اذ ذلك شوهد تنوع الانقباض العضلي بحيث
كان في الشق الايسر من الجسم اقوى منه في الشق الايمن وكذلك الاحساس
فكان المريض لم يتألم في الجهة اليسرى بخلافه في اليمنى وبقيت اعراض
هذه الليلة كالتي قبلها والتبرز بعينه

وفي اليوم الخامس وجدت الاعراض التهجبية آخذة في الانحطاط
والاحساس مفقوداً في الشق الايسر وضعيفاً في الايمن وانقباض العضلات
بالعكس اعني موجود في الشق الايسر دون الايمن ومتزايداً جداً في الظهر
والقفا حتى كادت قيمة راس المريض تخاذى ما بين كنفه وزال السكراز

بالكلية وازدادت حالة السبات والكوما وتواتر النبض وازدادت الحرارة
فوصلت الى ٣٩ درجة

فأمر له حيثئذ بالمصرفات الشديدة على القفا بان وضع له خرافة مريضة
تغطي اغلب القفا وما بين الكتفين ولشدة الاعراض الحية اعطى له منقوع
الديجيتالا ١٢ فمجة في ١٢ أوقية ماء مغلي مع اضافة ٢٠ فمجة من ملح
البارود وبقي المعالجة على ما هي عليه ماعدا الاوراق المسهلة

و بالبحث عنه ليسلا شوهدت حالة السبات والكوما مصحوبة بخدر عيني
والانقباض العضلي للاطراف متناقضا ولا سيما اطراف الشق الايمن
والعينان غالباً شاخصتين وقل فزعهما من الضوء بحيث لو قرب نحوهما
شبهة مضيق لم يتأثر كما كان سابقا (وذلك دليل على تقدم ظواهر الخود)
وعادت درجة الحرارة الى ٣٨ واربعه خطوط وقل تواتر النبض وتبرز
تلك البيلة مرتين بمواد صفاتها كالسابقة

واما اليوم السادس فقد شوهد بحسب الظاهر ان حالة السبات والكوما
خفت نوعا وافاق المريض لا دراكه حتى كان يتطلب الضرب بنفسه كثيرا
والحرارة قد تنقصت حتى وصلت الى ٣٦ ويطي النبض بالكلية وتناقض
الانقباض العضلي الجذع

فأمر له بمراقبة كالسابقة وبالخرج الحرولية المنتفلة على الاطراف السفلى ولم
يعالج بسوى ذلك من الطرق السابقة

وبملاحظته ليسلا وجد في حالة هبوط وجود تام وكان قد تبرز نحو الست
مرات بمواد مدعمة صديديتوزاد تقوس الجذع حتى عاد لما كان عليه اولا
وابتداً عنده التنفس الضعيف الناجم من امتداد الشلل الى الشعب
الممتلئة بمواد مخاطية لا يتيسر للرئتين قذفها وانخفضت درجة الحرارة
بالكلية ولا سيما اطراف وخفي النبض بحيث لا يكاد يدرك واعقب ذلك
الانتهاء المخزن ليل

وقد فعلت الصفات التثريحية فبشق فروة الراس وجدت محفنة وعند
رفع قبوة الجمجمة شوهدت اوعية السحايا (الغليظة والرفيعة والشعرية)

معلقة امتلاء زائدا بالدم ومكتسبة لو نامسودا اكلنا وبترها شوهه سطح
 المخ لما عالج وجوده وضع مصل عليه تحت الام الحنونة وفي بعض تلافيفه وجميع
 اوعيته الغليظة الشاغلة لهذه التلافيف كانت معلقة جدا بالدم وبالمخصوص
 اوعية السطح الانسي لانصف الكرى البني ووجد نضج لبني صديدي
 مصغر شبهه الدهن متشتتا في اصفار مختلفة على السطح العلوي من النصفين
 الكريين ولا سيما على الجهة الخلفية العليا لانصف الكرى الايمن وهذا
 النضج كان يتبع سير الاوعية الغليظة المحتقنة احتقانا شديدا بالدم
 ووجد ايضا هذا النضج على السطح السفلي للمخ شاغلا لاصفار متباينة عن
 بعضها وبالمخصوص كان تابعا لسير شريان فرجة سلفيوس البني
 وبالبحث عن المخيخ وجدت اوعية محتقنة احتقانا زائدا على سطحه السفلي
 نضج لبني صديدي خصوصا في شقه الخلفي وكان يمتد اعلى السطح السفلي
 للسحبة المخية بكمية قليلة بخلاف الذي كان امامها فانه كان متسكنا جدا
 وتابعا لسير العصب البصري ومائلا لافراج المتسكون منه بعد اتصاله
 وقبله ووجد شق جوهر المخ وجد قوامه ليينا قليلا وعلى سطحه نقط دموية
 صغيرة جدا وهذه النقط بعينها شوهت عند شق جوهر المخ والمخية
 المخية لكن كانت فيهما اقل عما في المخ
 وبالبحث عن النخاع الشوكي وجدت اغشيتها محتقنة احتقانا شديدا بينها
 طبقة رقيقة من نضج لبني غير متعض بل سائل لماع وبشق جوهره وجد ليينا
 وشوهه على سطح الشق نقط دموية صغيرة او صافها شبيهة باوصاف النقط
 الدموية التي ظهرت عند شق جوهر المخ انتهى

﴿المبحث الحادي عشر﴾

﴿في التهاب الدماغ﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

في التهاب الدماغ كغيره من التهاب الاعضاء القليلة المنسوج الخلوي
 لا يتسكون نضج خلائي بكية عظيمة بل التغيرات الرئيسة في هذا الالتهاب
 تحصل في الالياف والخلايا العصبية والمنسوج القليل الكائن بينها وذلك
 لكونها تمتلئ من تشرها للسائل القلبي ثم تتلاشى فيما بعد بالكلية او

تؤكد الاستحالة الشخصية قبل ثلاثين عاماً في الحالة الأخيرة وحيد
في البورات النهائية كمية عظيمة من اخلية شخصية (وهي الممعة سابقاً
بالكرات النهائية للعلم جيلو كي) ناتجة عن مكابدة كل من الإخلية
العقدية والنويات العصبية بلا واسطة وعند تقدم الالتهاب الدماغى
كثيراً ما يتسكون اخلية قيصية بكمية عظيمة فينشأ عنها خراجات تحتوي
زيادة عن العناصر الاعتيادية للقيح على بقايا من الجوهر الدماغى المتلاشى
وهذه الخراجات إما ان تحاط بمنسوج خلوى جديد التكوين أو بالجوهر
الدماغى اللين المتمدليه الالتهاب وفي الحالة الاولى تنفى بالخراجات
المتكسبة

ثم ان الالتهاب الدماغى مرض نادر الحصول فلا ينشأ عن الاسباب المضرة
الاعتيادية المحدثه لالتهاب غير هذا العضو من الاعضاء والغالب ان يكون
الالتهاب الدماغى اولاً نتيجة أسباب جرحية فلا ينشأ فقط عن الاسباب
الجرحية التى تنقب الجمجمة وتصيب الدماغ بلا واسطة بل كثير اماً تحدثه ولو
مع بقاء قوة الجمجمة على حالة سلامتها ولو كانت الاسباب المذكورة خفيفة
فى الظاهر ومن الجائز انه فى مثل هذه الاحوال يعترى الدماغ مرض عقب
ارتجاج الجمجمة فيحصل غزقات وعائية شعرية وانسكابات دموية واهية
جداً او الظاهر انه لا يختلف هذه الانسكابات اعراض مرضية واضحة ابتداء
غير انها فيما بعد تؤثر في ما حولها من الجوهر الدماغى كتهيج التهابى فينشأ
عنها فيما بعد الالتهاب الدماغى وبالأقل توجد أحوال فيها مضى زمن عظيم
بين الاصابة الجرحية والعلامات الابتدائية للالتهاب الدماغى ومن
الالتهاب الجرحى الدماغى أيضاً تعتبر الاحوال التى فيها يفرق جوهر هذا
العضو بواسطة انسكابات دموية عظيمة تؤدي لحصول تغيرات نهائية
فى اجزاء الدماغ المحيطة بها ثانياً فديتعلق الالتهاب الدماغى فى بعض
الاحوال بالتهيج الذى يعترى هذا العضو من التولدات المرضية الجديدة
ومن البورات المتركة ثالثاً قديعد أيضاً من الاسباب الكثيرة الاتساج
لهذا المرض امراض عظام الجمجمة سيما نوس العظم المضرى ولذا كان
وجود سيلان اذنى مهم جداً كما سياتى بيانه بالنسبة للتمييز بين خراج

الدماغ والتولد المرضي الجسدي وهناك أحوال فيها تسوس الفلك العلوي
قد امتد الى قاعدة الجمجمة وأدى لحصول التهاب الدماغى فأتى أن ذكر
شخصا فى مجد بورغ هلك بعد سنين بخراج فى الدماغ بعد خلق جزء عظيم
من الفلك العلوي بسبب تسوسه رابعا قد يحصل هذا المرض أحيانا فى
مدة سير بعض الامراض الترممية العلة حادة أو مزمنة كالتميم الصديدي
والتيغوس والداء الزهري ونحو ذلك بدون ان يمكننا توجيه ذلك خامسا
قد يظهر التهاب الدماغى بندرة بدون أسباب معلومة عند أشخاص
سلمين من قبل

(الصفات التشريحية)

هذا المرض لا يصيب الدماغ بتمامه مطلقا بل قد يكون قاصرا دائما على بعض
بورات مختلفة الحجم فتكون من حجم الفولة الى قبضة اليد بل أزيد من ذلك
وشكلها يكون مستدير اغبر من نظم والغالب ان توجد بورة واحدة ومع ذلك
فهناك أحوال وجدت فيها عدة بورات ويجلسها إما فى المنخ او المنخج وأ كثر
وجودها فى الجوهر السببى سيما فى الجسمين المضاعين والامرة البصرية
والجوهر القشرى وفى ابتداء هذا المرض تكون اجزاء الدماغ المصابة
منتفخة رخوة ليننة ومنقطة يقع حمرة بواسطة الانسكابات الدموية الصغيرة
وانتفاخ البورات الالتهابية يعرف بكون هيئة السطح الظاهر من النصف
السكرى العظيم للجهة المريضة تشابه الانسكابات السكتية ويكون الجوهر
الدماغى فى حالة انيميا بسبب ضيق متسع فجوى الجمجمة وعند شق الجزء
المرضى من الدماغ لا يرتفع جوهره على سطح الشق وعند استقرار هذا
المرض من نشاطه ولا يزداد رخاوة الجوهر الدماغى فيستعمل الى عجينة حمرة
تكتسبه فيما بعد بسبب تغير المادة الملونة للدم لوانا امر صدائيا أو مصفرا
أو سبائيا عندما يكون مختلطا بقليل من الدم وهذه العجينة التى تندفع
بسهولة اذا سلت عليها سلسول ماء ضعيف تشغل على بقايا الالياف العصبية
المتلاشية وكرات دموية ونواة أخلية وتجمعات نوائية خلوية ونضج حبيبي
دقيق وبقايا مواد عضوية

ثم ان باقى تغيرات واستحالات البورات الالتهابية المتغيرة فاتها آت للالتهاب

تختلف فاحيانا تكون حول البورة تولد جديدا من منسوج خلوي يحيط بها على هيئة شبكة رفيعة وتكون امتدادات خلائية في باطنها ثم يمتص مخصل هذه البورة فيختلف ذلك تجويف يمتلئ بمادة مصلية او بسائل شبيه بالبن الجير وذلك ما يسمى بالارتشاح الخلائي تبعا لدور تدفد بديل كما سبق ذكره عند الكلام على السكة الدماغية وفي بعض الاحوال سيما الاحوال التي يكون فيها هذا الكيس فريسا من سطح الدماغ تتقارب جدره الى بعضها ويزول مخصله فيتكون في محل البورة ندب تكون ابتداء ذات لون ابيض محرو ذات او عيرة رفيعة ثم تصير مبيضة مندملة فيما بعد واما اذا انتهى هذا الالتهاب بالتقيص فينتج عن ذلك خراجات دماغية وخراج الدماغ الحديث يظهر على هيئة تجويف مستدير بغير انتظام يمتلئ بسائل كثيف مصفر او سقياني او محمر احيانا وجدر هذا التجويف تتكون من مواد خلية مرشحة بالقصم ويوجد في محيط هذا الخراج لين التهابي محاط بدائرة اذيمائية في الجوهر الدماغى ومثل هذا الخراج إما ان يعظم حجمه الى ان يشق جلد احد الجيوب المخية او يصل الى الصهايا وان التفرح يمتد من الدماغ الى الصهايا ومنها الى عظام الجمجمة بحيث يمكن ان ينفجج الخراج في الظاهر او فيها يجاوره من الصهايا ويصير سميكا تجويف الطبلة واما اذا حصل تكيس في الخراجات بتكونات خلائية جديدة فان شكله يصير مستديرا منتظما اذا جدر ملساء وعند استقراره زمنيا طويلا يصير جدر الكيس ذات سماكة وبامتصاص الجزء السائل من مخصله يصير باقى ما احتوى عليه هذا الكيس كثيفا ثم يستقبل الى مادة جينية طباشيرية

(الاعراض والسير)

الظواهر المرضية التي يعطج بها التهاب الدماغ هي اعراض تشابه اعراض التزيف الدماغى تارة ونارة اعراض الانيميا والتسكر والجزئى لهذا العضو وتارة تكون نتيجة الفساد الاسطى الذي يحصل في جزء الدماغ المصاب وتارة تكون نتيجة الاضطرابات الدورية في هذا العضو خصوصا في محيط البورة الالتهابية

وحيث انه قد تلاشى اجزاء عظيمة من الدماغ بدون ان تطرا اضطرابات

وظيفية واضحة وأن بعض البورات الالتهابية المتكيسة قد لا ينتج عنها اضطرابات دورية عظيمة داخل الجمجمة فمن الواضح انه قد توجد خراجات دماغية عند فتح الجثة بدون أن يتوهم مدة الحياة وجود آفة مرضية في الدماغ حتى ان بعض أحوال من خراجات الدماغ أيضا التي تسير بدون اعراض غير التآثر المضم الذي تحدثه في التغذية العامة لهذا العضو نصير واضحة باعتبار الاحوال المذكورة فليس من الساذجان لا يشك في وجود آفة دماغية ثقيلة عند مريض عقب حصول ألم أصم في الرأس عنده والمخطاط تدريجي وتناقص في القوة المذكرة حتى يصل الى البله ونحوه في الحواس وضعف في الحركات يرتقي الى ان نصير غيرا كبدية لكن ذلك جميعه لا يكفي في الارتكان اليه الى تشخيص خراج في الدماغ بحيث ان عدم معرفة خراج هذا العضو لا تكون مشاهير الاطباء وأكثرها تمزنا مصونة عنه ومثل هذا الخطأ الذي لا يصل الى معلومية العموم مثل بعض التشخيصات الاكيدة من هذا القبيل لا يستغرب فيها الا الجاهل بالمعلومات النفسية والبالولوجية للدماغ والغير المتمرنين على تشخيص أمراض هذا العضو

وهناك أحوال أكثر من السابقة الخفية السيرة فيها يمكن معرفة هذا المرض مع التقريب او التأكد التام وهو ان كان مجلس البورة في محل فيه يحصل تهتك في المرأ كز الدماغية لا عصاب الحواس او يحصل بها انقطاع في توصيل الفعل الارادي لا عصاب المحركة او في توصيل المنبهات الحسية لاعضاء الادراك نشأ عن ذلك ولا بد ضعف جزئي في الحساسية او شلل جزئي اما فيما يتعلق باعصاب الدماغ من الاجزاء او فيما يتعلق باعصاب الدماغية الشوكية او كليهما معا وكل من ضعف الحساسية هذه والشلل قد يمتد في أحوال كثيرة الى الطرفين معا او احدى نصفي الجسم وقد يمتد في أحوال اخرى على بعض الاجزاء المتوزع فيها عصب دماغي على حدته أو عصب دماغي شوكي وفي هذه الحالة الاخيرة يكاد يكون قاصر اعلى احدى الجهات أيضا اما ضعف الحساسية والشلل المزودجين فلا يحصلان الا بكمية استثنائية ولا يصلان الا في الاحوال التي يكون فيها مجلس البورة الالتهابية في اجزاء

الدماغ المتوسطة تعتبر المزدوجة او التي توجد قريبا جدا من جارات في اجزاء مزدوجة من هذا العضو ومن ظهور هذه الاعراض لا يمكن الحكم الا بوجود بؤرة مرضية لكنه لا يمكن منها الحكم على طبيعة البؤرة فانها تحصل في جميع البورات المرضية المختلفة التي فيها تهتك الباق عصبية واخلية عقدية عصبية ولاجل وضوح هذا الامر ينبغي اعتبار الاحوال السببية وسير المرض والظواهر المرضية التي يتضح منها تأثير البؤرة المرضية على باقى اجزاء هذا العضو

فان اتضح ان اعراض البؤرة المرضية في الدماغ حصلت عقب جرح في الراس بر من كثير الطول او قليله او كان المريض معترية تسوس في العظم المضرى قرب من العقل جدا ان المريض مضطرب بالتهاب دماغى واما اذا ثبت انه لم يسبق ذلك جرح في الراس ولا تسوس في العظم المضرى فيكون من البعيد للعقل ان المريض معترية التهاب الدماغ وهذه القاعدة ان كانت حقيقية على وجه العموم فقد ادت للخطأ في التخصيص في بعض الاحوال فقد وجدت جراحت في الدماغ عند فعل الصفات التشريحية ولولم يوجد قبل ذلك جرح في الراس ولا تسوس في العظم المضرى كما شاهده ان بعض المرضى المصابين باضرار في الدماغ كابدوا اضطرابات واستقطات على الجمجمة وان علامات مرضهم الدماغي الكامن الى هذا الوقت انقضت بعد ذلك احيانا لكن على العموم الذي يجب التمسك به في الطب العملي عدم اعتبار فعل هذه الاستثنائات الا عند وجود اسباب قوية يترك البهاوم مع كون التهاب الدماغ لا يكون مطلقا تمتد الى جميع جواهره بل يكون دائما قاصرا على بعض بورات منه فلا تكاد تفقد على الدوام في ابتداء هذا المرض علامات التحرج للدماغ والسهايا ولو كان ذلك وقتيا يزول كتوازن النبض او بطشه بطئا عظيما وارتفاع درجة الحرارة والم الراس والدوار وقد التوم او النوم على غير هذه واضطرب باحلام من عجة وثوران في القوة العقلية بل وهذا يان خفيف وزيادة حساسية بالنسبة لجميع المنبهات الحسية وقلقى مع انحطاط في القوى وهذا الابتداء الشديد الذي يعقب بكون تام أو غير تام في الظواهر المرضية يعتبر واصفا للالتهاب

الدماغى ونخراجه تبعا لجرس قعر ويوجد في جرنالات الجنائيات امثلة عديدة
 من احوال فيها اعتبر مجموع الاعراض السابقة من الجراحين المعالجين
 انها اعراض حى جرحية بسبب نزولها بالكلية ووضعوا اقرارهم على ذلك
 رسميا مع انه عما قليل من الزمن ظهرت في المرضى علامات مرض دماغى
 ثقيل واتضح من الصفات التشريحية وجود خراج في الدماغ كان سببا
 للهلاك عقب الاصابة الجرحية بل في الاحوال التي فيها يعقب الاصابة
 الجرحية الجمجمة ابتداء طواهر تخرج الدماغ والسحايا المنتشرة ثم تنقص
 الوظائف الدماغية فيما بعد بدون اعراض بورية يظن ولا بد بوجود خراج
 دماغى وانما يوجه فقد الاعراض البورية بكون الخراج مجلسه في محمل
 من الدماغ فيه لا ينقطع التنبيه بواسطة هذا الخراج في الالياف الدماغية
 الدائرية والمركبة

ثم ان التأثير الذي تحدثه البورات الدماغية على باقى اجزاء هذا العضو
 تكون اما عبارة عن تضاييق متسع تجويف الجمجمة ولا سيما الجيوب
 الججمية التي هي مجلس لها وعن احتقان تسمى جانبي واوذيميا تسمى
 جانبية وتأثير مضر في تغذية هذا العضو بقائه قبل الامر المذکور ابتداء
 يتعلق ولا بد بالام الشديد في الدماغ ونوب الدوال والقني والالام الوقفية
 والاحساسات غير المحدودة وضعف الحساسية والتشوهات والاعتقالات
 والشلل في بعض اجزاء الجسم وهي طواهر تصاحب في كثير من الاحوال
 الاعراض المتقدم ذكرها كما بيناه مع الوضوح في الفصل الثاني والرابع
 وذكرنا انها نتيجة الاحتقان الجزئى والانيميا الجزئية للدماغ وكون تلك
 الاعراض ليست كالاغراض البورية الناتجة بلا واسطة عن التشنج
 الجزئى للدماغ بواسطة التغير المرضي الالتهابي تسر بدون تغيير بل انها
 تظهر تعاقبا مختلفا يوجهه اما بازدياد عظم الخراج الدماغى زمانا منما
 وبذلك يزداد تضاييق متسع هذا التجويف وبالتناقص والتزايد الوقتيين
 للاحتقان التسمى الجانبي والاوذيميا التسمى الجانبية ومثل هذا
 التعاقب في الطواهر يتضح بسهولة كثرة مشاهدته في احوال وجود بورات
 دماغية أكثر مما يوجد في احوال التولدات المرضية الجديدة التي تهوي بطه

لكن على الدوام

ومن العسر توجيه نوب التشنجات الصرعية التي كثيرا ما تحصل في انشاء سير الالتهاب الدماغى فانه ليس عندنا الى الآن نظريات بالنسبة لكيفية منشأها وقد علفت جملة تقاويم فيها ذكرت الاحوال العديدة من خراج الدماغ والتي شوهت في البعض منها آلام في الرأس والبعض الانتعياضات العضلية والبعض الآخر التشنجات الصرعية وهكذا التي فقدت منها تلك الاهر اض وتبيحت تلك التقاويم ليس لها الأهمية قليلة في كل حال فراهنة بالنسبة لتشخيص كل خراج دماغى اعني بالنسبة للتشخيص القيسى بين خراج الدماغ وتولد مرض جديد والتأثير المضر الذي تحدثه البورة الالتهابية الدماغية في تغذية جميع هذا العضو والذي يطرأ تارة بسرعة وتارة ببطء لكن لا يفقد مطلقا متى استمرت مدة هذا المرض ينضج بالاهر اض السابق ذكرها للشلل التدريجى في جميع وظائف الدماغ - وأظن اننا ينالنا الوضوح انه يمكن معرفة الالتهاب الدماغى في كثير من الاحوال ولو انه لا يوجد له علامة ملازمة واصفة له

ثم ان مدة الالتهاب الدماغى تختلف فهناك أحوال ينتهى فيها هذا المرض بالموت بعد أيام أو أسابيع قليلة وفي احوال أخرى لا يحصل هذا الانتهاء المحزن الا بعد عدة سنين وأحيانا يشاهد عند بعض المرضى مع تقدم ظواهر الشلل الدماغى تقدما عظيما بحيث يقع المريض في حالة البله حصول نوع عظيم في الطبقة الشحمية للجسم والموت يحصل اما فجأة عقب ظهور أعراض الالتهاب المهادى بسبب امتداد البورة الالتهابية وسعيها احيانا يحصل عقب ارتقاء ظواهر السبات والكمادون ان يوجد في الصفات التشريحية تغير مخصوص بوجهه هذا الانتهاء المحزن أو ان الموت يحصل عقب طر و أمراض أخرى

وأما الانتهاء بالشفاء فنادر وان حصل فلا يكون تاما حتى في الاحوال التي فيها يتكون محل البورة الالتهابية تكونات خلوية ندية أو التي فيها يتكيس الحراج ويتكلم مقصده فان بقاها البورة الالتهابية المذكورة يعقبها ضمور في بعض أجزاء الدماغ وبذلك تبقى وظائف هذا العضو مضطربة

﴿المعالجة﴾

معالجة التهاب الدماغى قليلة الفعّال في الابتداء بوصى بمعالجة مضادة
 للالتهاب طبقا لقواعد التي ذكرناها في معالجة التهاب السحايا البسيط
 وذلك متى ظهرت علامات التهيّج الدماغى الحاد يظن منها حصول تهيج
 التهابى في هذا العضو وفى السحايا لكن ينبغي عند اجراء ذلك المحافظة على
 قوى المريض فان هذا المرض يوقعه في حالة ضعف عظيم وكذا في الادوار
 المتأخرة من هذا المرض قد يستدعى تردد الطواهر الالتهابية معالجة مضادة
 للالتهاب خفيفة وأما النتائج التي تخلف التهاب هذا العضو فليست قابلة
 للشفاء وانما باجراء معالجة مقوية للعضم يمكن صبر ورتها غير مضرّة بالنسبة
 لباقي اجزاء هذا العضو وبعض خراجات الدماغ يمكن أن تكون قابلة لمعالجة
 جراحية وفى بعض خراجات الدماغ الناقبة عن التهاب اذنى يمكن استعمال
 الضمادات الفازرة فيها على الجهة المريضة والحقن الفازرة المتكررة
 الملبنة في القناة السمعية بقصد سرعة انفتاحها وكل من استعمال المحولات
 القوية على القناة الخفية والمقن والخزّام والمركبات الزئبقية قل الا ان
 كما قل الاقراط من استعمال الاستحضارات اليودية التي مدحت بكثرة
 في العصر الاخير وانما الامانع من استعمال يودور الحديد عند المرضى
 الضعفاء كما وصى به بعضهم لكن بدون امل في الحصول على نتيجة عظيمة
 فلم يبق ثم الاحتفاظ ببعض في غالب الاحوال من التأثيرات المضرة الاخرى
 مع استعمال تدبير غذائى لطيف ومضاربة بعض العوارض القوية الخطرة
 فالنوب السكتية مثلا تعالج على حسب القواعد التي ذكرناها في السكتة
 الدماغية والالتهاب السحائى الذى يظهر احيانا يعالج بمضادات الالتهاب
 القوية

﴿المبحث الثانى عشر﴾

﴿في التيسيس الجسزى للسمع﴾

كثيرا ما ذكرنا في المباحث السابقة تسكين تيسسات ندىية في الدماغ ناتجة
 عن انحام البورات السكتية أو البورات الالتهابية لكن يوجد زيادة عن
 هذه التيسسات التابعة للتغيرات المرضية المذكورة تيسسات جزئية في الدماغ

تحصل حصولاً ذاتياً في بعض أجزاء هذا العضو وهذه التيبسات عبارة عن تكاثفات من منسوج خلوي تراحم الأجزاء السليمة من الدماغ وكيفية حصول هذه التيبسات الخلوية غير واضحة فلا يعلم أن كان ينبوعها التهايا أم لا وهذه التيبسات الذاتية كثير ما تشاهد في الأطوار المتقدمة من الحياة وتشاهد عند النساء أكثر من الرجال بدون أن يمكن معرفة الأسباب التي ينجم عنها هذا المرض

وعند فعل الصفات التشريحية توجد الأصفر المتغيرة في الجوهر الأبيض من الدماغ أكثر منه في الجوهر السخاوي له وعدد هياكله يختلف فتارة لا يوجد الأصفر متين وتارة يوجد منه عدد عظيم وهذه التيبسات تكون على شكل عقد أو بورات غير منتظمة في حجم العدسة أو اللوزة وتتميز عما حولها من الجوهر الدماغى بشدة صلابتها ومقاومتها وعند شقها تظهر خالية عن الدم فاقدة للعان ذات لون أبيض لبني وعند تعرضها للهواء يخرج منها مادة مصلية قليلة ثم تيبط ويوجد في مركز هذه البورات أصفر صغيرة مزرققة أو سنجابية تنقبض عند شقها ويسيل منها مادة مصلية وعند البعث بالمكروسكوب عن هذه الأصفر البيضاء البنية التيبسة يوجد فيها مادة حبيبية رقيقة عدسة الشكل وبعض أجزاء عصبية غير متغيرة أو يالفي عصبية واضحة

ثم إن أعراض التيبسات الجزئية الدماغية وسيرها غير واضح بالكلية بحيث لا يسهل معرفة هذا المرض مدة الحياة وإن أمكن تشخيصه في بعض الأحوال فماذا لك إلا من شدة فطنة الطبيب كما ذكره (فريكرس) وحيث إن التيبسات الدماغية تكون قاصرة على بعض أجزاء الدماغ ومتباعدة عن بعضها وتوغموا بطيئاً تدريجياً فالشلل الذي ينتج عنها وبها جها في سير حاله وصف مخصوص وهو أنه في ابتداء هذا المرض لا يكون عاتلاً لأحدى جهتي الجسم بل يكون قاصراً على بعض العضلات أو أحد الأطراف والغالب أن يكون في الابتداء قاصراً على أحد الأطراف السفلى ثم يمتد إلى عضلات أو أطراف أخرى إلى أن يصل إلى الأجزاء العصبية المركزية المتسلطنة على حركات التنفس والازدراء والقلب وامتداد الشلل المذكور لا يكون بكيفية

منتظمة بحيث ان شلل الطرف السفلي اليميني يعقبه شلل الطرف العلوي اليميني بل ان امتداده يكون غير منتظم بالكلية وهذا مما يؤدي في بعض الاحوال الراهنة كون الشلل ناشئا عن يورات متعددة منفصلة وليس ناشئا عن يورة واحدة آخذة في الامتداد وزيادة عن الشلل الذي هو عبارة عن العرض الواصف للتيسات الجزئية الدماغية بوصفه وامتداده تشاهد اضطرابات وظيفية أخرى في الدماغ غير انها اقل اهمية في وصف هذا المرض فألم الرأس يفقد في معظم الاحوال غير انه يوجد غالباً آلام دائرية واحساس بشتمل في الاطراف يرتقي الى درجة الاحساس بالحد فيها او فقد حساسيتها بالكلية ومن النادر ان يعترى الحواس تغيرات مخصوصة وفي غالب الاحوال يوجد في الوظائف العقلية ظواهر ثوران وان كان يعقبه بسرعة انحطاط عظيم بل ان ظواهر الخلود قد تنضج ابتداء ولا تحصل التشنجات الا في احوال استثنائية دون الاهتزاز في الاطراف فانها من الظواهر المستقرة لهذا المرض ولا يحصل اضطراب التغذية الدموية الا فيما بعد بل عند بعض المرضى يحصل نمو عظيم في الكتلة النجمية كما يراه ذلك في الالتهاب الدماغى وسير هذا المرض بطئ للغاية ففي معظم الاحوال يكون من خمس سنين الى عشرة وفي اثناء هذا السير يظهر انه يحصل فيه احيانا وقوف بدون تناقص في الشلل ولم نعلم في تاريخ الطب احوال اشفاقية من هذا الداء او الموت يحصل في مثل هذه الاحوال اما من امتداد المرض الى الفخاع المستطيل واضطراب حركات التنفس او بتقدم النهوة التي تحصل في اخر هذا المرض او من طرأ أعراض أخرى

وحيث لم يكن للعالجة ادنى ثمرة في هذا الداء فلنقتصر منها على مقاومة بعض العوارض المهمة

المبحث الثالث عشر

(في اورام الدماغ والمصابا)

اورام الدماغ عبارة عن جميع التولدات المرضية الجديدة والطفيلية والتخدرات الوعائية الانوريزماوية لاوعية الدماغ التي تتكون في باطن الجمجمة وشرحها في مبحث واحد لا بد منه في الطب العملي حيث ان التمييز بينها وبعضها بالنسبة لاهراضها وسيرها غير ممكن بل انه يوجد بين اعراض

هذه التولدات المختلفة اشتباه عظيم

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

كيفية ظهور اورام الدماغ واسبابها غير واضحة بالكلية وهذا ليس بالنسبة للاورام السرطانية والحمية والجليوم والمكسوم بل أيضا بالنسبة للتولدات الجديدة المعروفة بالكولستياتومس أى الاورام اللؤلؤية والسلع والاورام المتكيسة فأما سرطان الدماغ فانه يحصل في جميع اطوار الحياة لكن يكثر في الطور الأخير منها وتارة يكون أوليا ويبقى مكونا للاصابة الوحيدة السرطانية للجسم وتارة أخرى يكون تابعا لسرطان غير هذا العضو من الاعضاء وكذا باقى التولدات المرضية الجديدة التى ذكرناها تحصل على الخصوص فى الدور المتأخر من الحياة أيضا وقد ثبت كثرة حصولها بقوائم تعدد المشاهدات عند الرجال دون النساء والاستعداد المرضى والاسباب الممتدة لهذه التولدات المرضية الجديدة مجهولة بالكلية وقد تذكرت مشاهدة حصولها عقب الاصابات الجراحية للرأس لكن لا يعلم هل يوجد فى مثل هذه الاحوال ارتباط بين الاصابة الجراحية للرأس وتكون التولد الجديد ام لا فانه من المعلوم كثرة حصول الاصابات الجراحية الخفيفة للرأس وانه فى كل حالة تظهر فيها اعراض اضطرابات دماغية كثيرة اما يتفحص بالدقة عن حصول هذه الاصابات الجراحية وعدمها وعند وجودها تميل الاطباء بكثرة الى نسبة الاضطرابات الدماغية لهذه الاصابات الجراحية وارتباطها بها

واما الدرن الدماغى فيكاد يحصل على الدوام عند الاطفال سيما بعد انتهاء السنة الثانية ومن النادر حصول درن الدماغ حصولا اوليا بل يكاد ينضم على الدوام الى درن العقد الليفافية ودرن الرئتين ويكون اذ ذلك من المضاعفات الثقيلة

واما تكون الاورام الحويصلية والايشينوكوكية أى الديدانية الحويصلية فيكون ناتجا عن صبح جرثومة هذه الحيوانات الطفيلية ككونها فى اعضاء اخرى

وأما نوريزناوعية الدماغ فتنشأ عن الاستحالة المرضية لجدر الاوعية
التي تنتج عن الالتهاب الشرياني الباطني المشوه

الصفات التشريحية

اما سرطان الدماغ فيكون أوراما مستديرة أو فصيحية محدودة غالباً في قوام
وجميع صفات السرطان النخاعي ويندر أن يكون قوامها صلباً كالاسكيري
وحينئذ تمتد الى الجوهر الدماغي المجاور بدون حد واضح ومنشأها يكون
تارة من الدماغ أو من الصفايا وعلى الخصوص من الأم الجافية أو من عظام
الجمجمة أو أنها تنشأ ابتداء من الاجزاء الرخوة الظاهرة أو الباطنة المجاورة
لمسبها الجانبيين ثم تمتد منها الى باطن الجمجمة وليس من النادر حصول
عكس ذلك بمعنى ان الاورام السرطانية التي تنشأ من الدماغ تثقب الصفايا
وعظام الجمجمة وتبرز الى الظاهر والغالب ان يوجد سرطان واحد في
الدماغ ويكون مجلسه عادة النصفين الكريين العظيمين وفي الاحوال
التي يوجد فيها عدة من هذه الاورام شوهدت تكونها في الجهتين المسميتين
لهذا العضو مع الانتظام والاورام السرطانية الصافية التي يمكن ان تصل
الى حجم قبضة اليد لا تعرج مطلقاً لم تبرز جهة الظاهر بل انها قد تنكابد
استحالة تعقرية بمعنى أنها تصفر من الوسط وتختسل الى مادة جينية
وعند وصولها الى سطح الدماغ تنكس فتنتج انبعاثاً من مركزها
وأما الاورام اللحمية فانها كثيرة الحصول كالأورام السرطانية وتكون
متعلقة بالصفايا وتنشأ غالباً من قاعدة الدماغ لا من سطحه المحذب وتكون
أوراما مستديرة أو فصيحية في حجم الجوزة أو التفاحة العظمية وسطح شقها
يكون أملس أو أبيض ومضاً أو أحمر منجاساً وقوامها يكون عادة رخوا أو
نخاعياً وينذر أن يكون بإساذ ألياف وقد يوجد فيها مسافات ممتلئة
بسائل والاورام اللحمية يتكون معظمها من أخلية مغزلية الشكل
مصطفة بجوار بعضها على هيئة الألياف وهي تبرز عن الاورام السرطانية
ولا سيما عن الجلبوم يكونها ليست محدودة قط تحديداً جيداً بل يكونها
محاطة بمحفظة كثيرة الاوعية سهلة التزع منها وليس من النادر أن توجد
في الاورام اللحمية الام الجافية ككرات صغيرة من كرات بونات العكس

يحتسبها كالرمل بين الاصابع عند الضغط على جوهر هذه الاورام
والاورام المحتوية على كرات كلسية عديدة سماها روجوف بالاورام
الرملية وكيفية ظهورها لم يكن معروفًا حتى المعرفة

وأما المكسوم من أى الاورام المخاطية فانها تتكون من جوهر مخاطى أهني من
اخلية مختلفة الشكل موضوعة في جوهر خلالي مقبائس رخو مخاطى شفاف
وهذه الاورام وجودها ليس نادرًا في الدماغ وجعلها كالاورام اللحمية
في الجوهر النخاعي لضعفين السكر بين العظيمين غالبًا لكن ليس على
الدوام وتظهر غالبًا على شكل اورام محدودة وندرجها ولها على هيئة
ارتشاح من مادة هلامية رخوة وجوهر الاورام المخاطية يكون لما عاقليلًا وذا
لون قليل الاصفرار عجز لكن قد يكتسب لونا مصفرًا بواسطة الضغط
الالتهابي والجحم الذي يمكن ان متصل اليه هذه الاورام يشابه حجم
الاورام اللحمية ويأخذ بين هذه الاورام والاورام اللحمية اشكال
عديدة تعرف بالاورام اللحمية الهلامية

وأما الاورام العصبية فانها تنشأ عن نحو موضعي في الجوهر النخاعي لاجزاء
الدماغ وفي اليافه العصبية والبحث بالميكروسكوب يشاهد انها متكونة من
نويات مستديرة ، وزعة فقط في الجوهر الاملى الشبكي الدقيق والبحث
عنها بالنظر يرى انها متكونة من اورام ليست محدودة لتحديد جيد ابل انها
تتمدد الى جوهر الدماغ السليم بدون حد فاصل وانها لا تمتد لمقام جوهر
الدماغ الى أغشيته والاورام العصبية قد تصل الى حجم قبضة اليد وتنشأ غالبًا
من الجوهر النخاعي لضعفين السكر بين العظيمين وكثيرا ما يحصل نزيف
وتلاش تدريجي جزئي في هذه الاورام عقب احتساباتها الى الحالة النضمية
وقوام هذه الاورام يختلف فيقوى في قوام الفطر النخاعي الرخو وجوهر
الدماغ السليم وسطح الشق فيها يكون ذا لون أبيض مصفر أو سحبابي محمر يظهر
فيه قوامات وعائية عديدة متقطعة وقد اعتبرت هذه الاورام سابقا ارتشاحات
سرطانية وتكون هذه الاورام على الخصوص عند الشبان الذين سنهم
أقل من الاربعين يوضح القول بان سرطان الدماغ شوهد في كل طور من
أطوار الحياة

وأما الكلولستيا تو من أى الاورام الاوثوية فهي نادرة وتنشأ نارة من العظام
الجمجمة وتارة من السحايا أو الدماغ نفسه وتكون أحيانا أوراما صغيرة وتارة
عظيمة الماعنة صدفية ذات شكل غير منتظم ومحاطة بغشاء رقيق وتكون
من طبقات عديدة مغلقة لبعضها من أخليه بشرية

وأما السمع فهي عبارة عن أورام صغيرة نصيبية تنشأ غالبا من الام الجافية
وتارة تكون اكياسا مملئة بسائل أو بمواد دهنية وشعر

وأما الدرن الدماغى فهو عبارة عن الشكل الأكثر حصولا من الاورام
الدماغية وفى الغالب لا يوجد الا بدرجة درنية واحدة وأحيانا اثنتان ويندر أن
يوجد منها عدد عظيم وعظم هذه التولدات الدرنية يختلف فيكون من حجم حبة
الدخن الى حجم انكرز وفي الاحوال النادرة قد يصل الى حجم البيضة ومجلسها
فى الغالب المخيخ والنصفان الكريان العظيمان ويندر أن يكون مجلسها
الحدية الخفية وشكل هذه التولدات الدرنية يكون مستدير غير منتظم ومتكونا
من تولدات درنية حبيبية مجمعة مع بعضها أو تكون من أورام درنية جانبية
وهذه الاورام تكون محاطة بطبقة خلوية ويندر أن تكون هذه التولدات
الدرنية الاستحالة السكبسية وتلاشى بالكليّة وتكون كهفا مشتملا على
مواد صديدية

وأما الاورام الصمغية الزهرية فيندر أن توجد فى الدماغ على شكل عقد
والغالب على شكل ارتشاح فالاورام الزهرية الصمغية العقدية تمتد من حافها
الى جوهر الدماغ بكيفية تدريجية وحيث ان هذه التعقيدات يعترها من
مركزها ضمور واستحالة نصمية فى أخليتها فتسبب الى مادة شبيهة بالدرن
الاصفر فحينئذ تشبه هذه الاورام بالدرن الدماغى فيقترب الوقوع فى هذا
الالتباس بالالتفات الى أن فى الاورام الصمغية الزهرية يحصل امتداد
المركز الجبني نحو العرض على هيئة هالة نصيبية دائرية بالتدريج وأما فى
الدرن الدماغى الاخذى النمو فتكون هذه الحالة أكثر اندماجا وتابعة لبعضها
ولا توجد هذه الحالة فى الدرن الذى يمكن نزعه من الدماغ وأما الاورام الزهرية
المرتشحة فانها تشابه بالنسبة لقوامها وخواصها عندئذها باورام الدماغ
المتيبسة القديمة البسطة مشابة تامة بحيث لا يمكن فى جميع الاحوال الحكم

على طبيعتهما ولولا البحث المكثف لم يكن
وأما الأورام المتكيسة فلا يندر وجودها في الدماغ وفي الغالب يوجد معها
عدد عظيم من أورام متكيسة في المنسوج الخاطوئ تحت الجلد والمنسوج
العضلي أيضا والغالب أن يكون مجلسها الجوهر السخابي للدماغ
وأندر من هذه الأورام حصولها في الدماغ الأورام الأيكنوكوكية وهي تكون
أوراما حويصلية محاطة بطبقة رقيقة ومشتقة على الأيدان الحويصلية
المعروفة بالايكنوكوك أي الأيدان ذات السكاليب
وأما الأنورزماوعية الدماغ فليست كثيرة وأكثر حصولها في شرايين
قاعدة الدماغ ولا سيما في فروع الشريان الفقري وشرايين الجسم المتدخل
وشريان فرجة سلفيوس والمنطقة الشريانية للأعوليزي وفي الأحوال
الناشرة يصل حجم هذه الأورام الأنورزماوية إلى حجم البيضة الصغيرة ولكن
الغالب أن يكون من حجم حبة العدسة إلى الكرة

(الاعراض والسير)

أما اعراض أورام الدماغ فلها مشابهة عظيمة باعراض الاصابات البورية
التي ييناها فيما سبق فانه لا يوجد عرض يحصل في أثناء سير ورم دماغي
ولم يشاهد في أثناء سير لين الدماغ أو خواجه أو غيرهما من الاصابات
البورية مثلا وهذا التطابق والتشابه في الاعراض ليس من المستغرب بل
لأن ذلك ليس هو الواقع لما امكننا فهمه فانه بواسطة كل ورم دماغي
يحصل فساد في جزء محدود من الدماغ وضيق في متسع مجوف الجمجمة
واضطراب في الدورة حول البورة المرضية كما يحصل بغير هذا المرض من
الاصابات البورية يقوم مع ذلك فالاحوال التي فيها يتعسر أو يتعذر معرفة ورم
الدماغ وتقيمه عن خواجه في الدماغ أو غيره من الاصابات البورية تعتمد من
التوارد العظيمة وهذا التناقض البين يوجه بكونه ولومع عدم وجود
اعراض ملازمة معينة لاورام الدماغ يرتكن ولا بد في تشخيصها في معظم
الاحوال إلى معرفة السبب أو مجلس الورم وإثبات وجوده في مجل
يكثر فيه وجود الأورام الدماغية ويندر فيه وجود اصابات بورية
أخرى وبالجملة فيرتكن إلى كيفية سير المرض الخاص بأورام الدماغ

فاما الاركان الى معرفة السبب فهو في الغالب سبلي فانه من الواجب في كل
مرض دماغي التمسك الكلي بمعرفة تاريخ المرض والتأكد من السبب الذي
أحدثه فان ثبت ان المريض لم يمتد به اصابة جرحية شجعية ولم يكن مصابا
بتسوس في أحد عظام الجمجمة وليس عنده تضخم في القلب ولا ورم في
العمام ولا استسقاء مرضية في الشرايين وبعبارة أخرى لم يتحقق من سبب
المرض فوجب التظن ابتداء بوجود ورم دماغي ثم انشا قبل التروع في شرح
الاحوال التي فيها يسهل معرفة أورام الدماغ مع التأكد من بعض كلمات
على الاحوال النادرة التي فيها لا تحدث أورام الدماغ اعراضا أو تسير بصورة
مرضية تعلن بوجود مرض دماغي ثقيل لكن لا يتأكد منه ان هذه
الصورة المرضية متعلقة بورم دماغي وهذه الاورام الدماغية الكامنة
السير يكون مجلسها ولا بد في محال في الدماغ فيها لا ينتج عن تلك
الاورام تمثلك في المراكز الدماغية لاعصاب الدماغ ولا تقطاع في توصيل
التنبية بواسطة الياق الاعصاب الدماغية المركزية والدائرية (أعني
النتيجة من الدائرة للتركز والعكس بالعكس) أعني في الجوهر الابيض الممتد
في النصفين الكبر بين العظمين فقد تصل الاورام الدماغية أحيانا في هذه
الاجزاء الى حجم عظيم جدا بدون ان تؤدي لظواهر بورية بخلاف وجودها
في أغلب اجزاء قاعدة الدماغ أو يقرب العقد العظمية فانها ولو صغيرة جدا
تضطرب ولا بد بظواهر بورية بل والاورام الدماغية التي يكون مجلسها
الجوهر الابيض من النصفين الكبر بين العظمين لا يسير منها سيرا كاملا الا
ما كل منها ذات غوطي وليس كثير الاوعية بحيث انه بكثرة أو قلها متلائها
تنتفخ أحيانا وتنبط أخرى ولا جل توجيه الظاهرة الواضحة المثبتة وهي
ان الاعراض التي تصاحب الاورام ذات السير السريع تفقد غالبا عند
ما يكون غموت تلك الاعراض بطيئا قد قيل ان الدماغ فيه قابلية بها
يمكنه التعود على أي ضغط يرتقي تدريجيا ونحن نقول ان التوجيه الآتي
أقرب للعقل وهو أنه عند وجود أورام دماغية سريعة السير يحصل انضغاط في
الاوعية الشعرية وانطفاء في وظيفة أجزاء الدماغ التي تكون مجلسها
بخلاف الاورام البطيئة السير فانه يحصل في محيط الورم ضمور في جوهر

الدماغ وبذلك يكتب مسافة بقدر الحيز الذي اخذه الورم في غموة وحينئذ لا يعترى الاوهية الشعرية في الجزء المصاب انضغاط فلا تضطرب وظيفته بل تتم على حالتها ومن الجائز ان يكون وجود الاورام البورية الاورام الدماغية أو قد هافت في الاورام الدماغية لتصفين السكر بين العظيمين ولو كان المجلس والجسم واحدا متعلقين أيضا يكون الالياف الدماغية تترشح فقط أو ان تتسكون الياف بدلا منها وتعمل محلها ويكون بعض اشكال اورام الدماغ تختلف من هذه الحشية بنا كدماغ كره المعلم (شوبل) الذي ذكر بعض بيان مفيد بالنسبة لتركيب تلك الاورام وصكون حجم تلك الاورام بتناقص احيانا ويزداد أخرى بسبب احتوائها على أوعية دموية كثيرة يزداد امتلاؤها احيانا وبتناقص أخرى تسكون في سيرها مصحوبة بظواهر تخرج موضعية أو ظواهر شلل أمرين ولذا كرر أخيرا ان الاورام الدماغية التي تسير كامنيا كثيرا وجودها عن التي تصطبغ بظواهر مرض دماغي ثقيل غير واضح وينعكس الامر بالنسبة لخرائط الدماغ وهذا الاختلاف يتعلق ولا بد بكون تغذية هذا العضو عند وجود بؤرة النهاية دماغية تضطرب جدا زيادة عما يحصل من وجود تولد مرضي جديد

وأيا الاورام الدماغية التي في أثناء سيرها يمكن الوصول الى تشخيص أكيد لا يتبدى على الدوام بالاعراض المهمة في فعل التشخيص أعني بالاعراض التي بينها مع التوضيح جملة من اروعيتها بالاعراض البورية أعني بظواهر الشلل وقد الحساسية الجزئين ففي كثير من الاحوال تكون الظاهرة الاولى الوحيدة زمنا طويلا المتعلقة بوجود مرض دماغي هو ألم الرأس وهذا العرض وان كان يشاهد في أثناء سير امراض الدماغ المختلفة بحيث يميز القول بأنه لا يوجد مرض دماغي بدون ان يصطبغ بالمرض في الرأس مع ذلك فإنه لا يكون عرضا واضحا مستر اشديا وثلاثي غير هذا المرض من امراض الدماغ ولا يشاهد بكثرة في غير الاورام الدماغية والاحوال التي في المرضي المستريهم أورام في الدماغ ولا يتشكون بالآلام في الرأس نادرة جدا بحيث ان فقد هذا الالم من مجموع امراض أى مرض دماغي ينفي نوعا وجود ورم دماغي والامر المعلوم من أنه يحصل الم الرأس في

اورام الدماغ التي يجلسها بعيد عن الاجزاء الحساسة لهذا العضو ويؤيد
رأى القائلين به من ان ألم الرأس في امراض الدماغ ينبوعه الالياف
العصبية للتوأمي الثلاث المتوزعة في الام الجافية ومجلس الالم لا ينبغي تعيين
مجلس الورم به الامع الاحتراس وانما الالم المسقر القاصر على القمعدوى
يستنتج منه مع التقر يب ان خيمة المخيخ مكابدة لتوتر وانجذاب عظيمين وان
مجلس الورم في الحفرتين الخلفيتين للجمجمة

وينضم لام الرأس سيما لتور انه الغير المطابق غالباً الذي يتردد عادة بدون
اسباب مدركة زماناً فمننا نوب دوام وفي عند أغلب المرضى وهذا الامر
يساعد في توجيه ألم الرأس وفي بيان تعلقه بورم في الدماغ

والاعراض البورية لا ورام الدماغ فيها تسبق غالباً ظواهر الحذر والشلل
الجزئيين ظواهر التبرج الموضعي وهي عبارة عن الثورات العصبية الحسية
والالام العصبية والاحساسات الغير المحدودة بمنزل أو اعتقالات عضلية
وتعود ذلك وهناك أحوال في أورام الدماغ فيها لا تبثدئ الاعراض بألم الرأس
بل بالاعراض السابق ذكرها وقد يينا فيها تقدم ان ظواهر التبرج الجزئية
متى طرأت عند وجود تغيرات جوهرية ثقيلة في الدماغ تعتبر ولا بد نتائج

واسطية لها وتتعلق حينئذ بالاضطرابات الدورية في محيط تلك البورات
المرضية وقد يينا انها تحصل في جميع الامابات البورية المختلفة ولا تعتبر
في حد ذاتها واصفة ومشفقة لواحد منها ومع ذلك فهناك أمر مهم واصف
لثورات العصبية الحسية والالام العصبية والاعتقالات العضلية التي
تظهر في أثناء سير أورام الدماغ وظواهر الحذر والشلل التي تعقبها وذلك
ان تلك الاعراض البورية تكثر مشاهدتها عن جميع امراض الدماغ
التي سبق شرحها في دائرة الاعصاب الدماغية نفسها ولا نغني بذلك ان

ظواهر التبرج والشلل في دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية نادرة كالفالج
أو انها ثقة ببل ان كلا من الالام العصبية والثورات العصبية الحسية
والحذر أو التشنجات والشلل في دائرة الاعصاب الدماغية بقطع النظر
عن باقي الاعراض يعضدا القول في كل حال فراعنة بان هناك تولدا جديدا
في الدماغ والتوجيه البسيط لهذا الامر المخصوص الذي نحن بصدد

هو انه في جميع الاصابات المرضية البورية التي سبق ذكرها كالسكين
 التشنج كزى للدماغ والتربف والالتهاب الدماغى بجميع انتهائى يبق
 التغير المرضى قاصر على دائرة الاعصاب الدماغية ما عدا استثناءات نادرة
 ولا يعتمد الى الجذوع العصبية الناشئة من هذا العضو وينعكس ذلك في
 التولدات الجديدة للدماغ فانه يكثر فيها الامتداد من الدماغ الى الاعصاب
 الناشئة منه بل انه في احوال عديدة تنشأ من اللقائف الدماغية اوقبوة
 الججمة ولا يندرانها قبل امتدادها للدماغ تبدا بعض الاعصاب الناشئة
 منه ولذا كرامرا اجر مهمما في التشخيص به عليه ابتداء المعلم بهن وهوان
 معظم شلل الاعصاب الدماغية الذي ينشج عن تولد مرضى جديد سواء كان
 ينبوعه الابتدائى من الدماغ او من عظام الججمة ثم امتد الى الدماغ نفسه
 يكون دائريا بخلاف شلل الاعصاب الدماغية الذي يحصل في باقى الاصابات
 المرضية الاخرى للدماغ فيكون ينبوعه مركزي او من المعلوم ان حالة
 الاعصاب والعضلات عند تأثير التهيج الكهربي علامة مميزة مع التأكي
 بين الشلل المركزى والدائرى ففي الشلل المركزى تنقبض العضلات متى
 اثر احد اقطاب الجهاز الكهربي المتقطع على عصب ما بخلافه في الشلل
 الدائرى فان الانقباض لا يحصل وعلى حسب ذلك يجوز القول بانه عند
 وجود اصابة بورية في الدماغ يدل مع التقريب الشلل الحاصل في الاعصاب
 الدماغية سيما متى لم تنقبض العضلات المنشئة عند تهيج اعصابها بواسطة
 التيار الكهربي على وجود تولد مرضى جديد

واكثر ما يصاب من الاعصاب الدماغية هو العصب الوجهى
 ثم المحرك المشترك للقلبة والمقرب لها واما شلل الجزء الصغير من التواى
 الثلاث فيعد من النوادر وغير ذلك يقال بالنسبة للشلل التام للعصب
 تحت اللسان والالياف المحركة من اللسان البلعوى واما الشلل الغير التام
 لتلك الاعصاب الذي يتضح باضطراب المقاطع الصوتية والازداد فكثر
 الحصول والشلل الدائرى للعصب الوجهى الناشئ عن اورام دماغية يسبق
 احيانا باقترافاضات تشنجية في عضلات الوجه واما شلل العصب المحرك للقلبة
 الذي يتضح بتعدد الحدة والقرع من الضوء واضطراب حركة القلبة

أو بازدياد الاجزاء البصار والحول فانه يسبق بانقباضات تشنجية في عضلات العين وشلل العصب المبعد للقلعة يؤدي متى كان العصب المحرك المشترك لها سليما لازدياد الاجزاء في الابصار وحول مقرب واغلب المرضى يشكى قبل ان يحدث تبدل الياف العصب التوامي الثلاث فقد حساسية جهة الوجه المصامتة والمقلعة وقبجوى الفم والانف بالآلام شديدة في جميع الاجزاء المتوزع فيها هذا العصب ولا يندران تسقر تلك الآلام في أثناء فقد الاحساس (وهذا ما يسمى بالحدرا المؤلم) وأما ضعف السمع أو الصمم التام الثاني عن فساد العصب السمعى فيسبق عادة مدة متفاوتة من الزمن بطنين متعب في الاذن وكذا اضطرابات الابصار التي ترقى الى العمى التام فكثيرا الحصول جدا في أورام الدماغ لكن لا تحصل في جميع الاحوال بواسطة اصابات لاواسطية في العصب البصرى وتصلبه أو امتداده البصرى او الحدبات التوامية الاربعة فانه لا يندران يكون مجاس الورم الدماغى بعيدا عن هذه الاجزاء كباطن النصفين الكريين العظيمين أو باطن المخخ مثلما ومن الخطأ القول بان الضغط في مثل هذه الاحوال يمتد بواسطة جوهر الدماغ الحائل الى العصب البصرى ويضغط عليه نحو قاعدة الدماغ فيحدث فيه ضمورا والذي يظهر لي مناسفا للحقيقة هذا التوجيه هو الاعتبار الآتى وهو أنه في احوال العمى بواسطة أورام مجلسها باطن النصفين الكريين العظيمين أو المخخيجان الاعصاب المحركة للقلعة التي توجد على حالة مشابهة لحالة العصب البصرى لا يحصل في الاعصاب شلل مطلقا وكثيرا من احوال قصر النظر والكثرة في أورام الدماغ تتعلق باحتقانات وريدية في العين ويتغيرات جوهرية تابعة في الشبكية والعصب البصرى وتعمل بالكيفية الآتية وهو أن الجيب المخوف ينضغط فيحصل عوق في استقراغ الدم من أو ردة العين واما الاورام الكثيفة في الحفرتين الخلفيتين من الجمجمة فلا تحدث هذه النتيجة الا متى ادتمت حصول انسكابات عظيمة بواسطة الضغط على محل تقصم الوريد العظيم لجلبا نوس في الجيب المستقيم وحيث ان التولدات المرضية الجديدة التي تفسد العصب البصرى لا تصيب العصب المحرك للقلعة الا نادرا نعتبر أن وجود اضطرابات في حركات الملة او قددها علامة كيدة في التمييز

بانه عند وجود ورم في الدماغ تكون الكنية متعلقة بفصا في الاسرة البصرية
او تصالب العصب البصري او العصب البصري نفسه او بان كانت ناتجة عن
اضطرابات دورية في المقلة والبحث بالمرآة العينية فديدلنا دلالة مهمة في
هذا الامر وكذا تغيرات العصب البصري التي تظهر بالمرآة العينية
عند حصول فقد الابصار بواسطة اورام دماغية والاستنتاجات التي تؤخذ
منها هي

أولا الانتفاخ العظيم البسيط للحمة البصرية مع نزع عظيم في الوريد
المركزي للشبكية وهذا يدل على وجود احتقان وريدي احتياضي ناتج عن
عوق استفرغ الدم الوريدي وهذا الاحتقان يشاهد بكثرة على حالته
البسيطة في احوال الاورام العينية المتسع تحريف الجمجمة

ثانيا الانتفاخ الالتهابي الخفيف في الحمة البصرية مع احتقان وريدي قليل
الوضوح ودرجة التهاب خفيف في الشبكية وهذا ينشأ عن التهاب في العمد
العصبية والعصب البصري نفسه وهذا الالتهاب يمتد الى الشبكية (وهذا
ما يرمي بالالتهاب الشبكي الساقط) ويصاحب التغيرات المرضية داخل
الجمجمة التي هي بحسب صفاتها التشريحية ومجسها تحدث تهيجات في الاجزاء
المذكورة

ثالثا ضمور العصب البصري وهو يحصل اما حصولا او ليعاقب الاصابة
اللا واسطية للعصب البصري في جهة الورم او من تغير مصالي عنده ونحو ذلك
اوانه يحصل حصولا ثانويا ويكون هو الدور الالتهابي للتغيرين السابقين
ذكرها

ثم ان الاضطرابات الحسية الجزئية واضطرابات الحركة التي تحصل في
الاعصاب الدماغية الشوكية عند وجود اورام في هذا العضو لا تتميز عن
غيرها من الاضطرابات التي تصاحب غيرها من الاصابات البورية وهي
عبارة عن آلام عصبية واحساسات غير محدودة بالاكلان والتململ او
الحذر ونحو ذلك او الحذر التام وتكون اما متحدة في اجزاء بعيدة او
محدودة على دائرة صغيرة وعين ذلك يقال بالنسبة للاعتقالات العصبية
والانقباض العضلي والتشنجات لكن يغلب وجود الفالج اى الشلل النصفى

الجانبى زيادة عن غيره من اشكال الشلل

وعند وجود ظواهر مرضية في دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية والدماغية تكاد تظهر على الدوام الصفة المخصوصة وهوان بعضها يظهر في جهة من الجسم والاخر في الجهة الثانية وهذا التصالب يوجه بالكيفية الاتية وهي ان كلام الشلل والحدرد ونحو ذلك الحاصل في دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية ينتج عن اصابة في الالياف العصبية التي تتصالب بعد اصابها بخلاف كل من الشلل والحدرد ونحو ذلك الحاصل في دائرة الاعصاب الدماغية فانه ينتج عن فساد في الياف عصبية بعد اتصالها

وكل من حصول ظواهر التهيجات الجزئية والشلل وامتدادها يكون بطيئا على حسب النمو البطيى لاغلب اورام الدماغ فكثير من المرضى لا يمكنه الافصاح مع التأكيدهن الزمن الذى ابتداه مرضه وهذا الامر يمكن الاستعانة به في الحالة الراهنة على بيان التشخيص فانه يمثل هذا السير يمكن نفي وجود اغلب الاصابات البورية الدماغية لكن لا يندر ان تتضح تلك الظواهر البورية بكيفية بخائية وذلك بشاهد على الخصوص في الاحوال التي فيها يحصل في الاورام الدماغية الكثيرة الاوعية اذ يد عظيم في الحجم عقب امتسلاء او عيب او عقب النزيف منها اولى الاحوال التي فيها تصاب الاجزاء المحيطة بالورم بتغيرات النهاية اولين واوانز قد شعرية وفي مثل هذه الاحوال الاخيرة متى طرات ظواهر الشلل بخافة وكان الورم كامنا قبل ذلك يكاد لا يمكن تجنب الوقوع في الاشتباه بينها وبين النزيف الدماغى فهناك امثلة عديدة فيها تغيب الامر ووقع الاختلاط في التشخيص من الاطباء الاكثر تمرنا في ذلك لكن ان كان هناك شك قبيل وقوع ذلك في وجود ورم دماغى فلا ينبغي الوقوع في الخطا في حصول مثل هذا العارض فان اورام الدماغ كثير اما يشاهد لها ادوار اذ يادى اثناء سيرها

واما نوب التشخيصات الصرعية فتكثر مشاهدتها في اورام الدماغ زيادة عن غيرها من الاصابات البورية لكن من المستغرب غير الواضح وكونها لا تشاهد الا اذا كان مجلس الورم الدماغى في النصفين الكريين العظمين سيما بقرب الجوهر القشرى واما الاضطرابات العقلية فانها تفقد في كثير

من الاحوال في مدة جميع سائر المرض فيظهر في الحقيقة ان الوظائف العقلية للدماغ لا تضرب الا متى كان الجوهر القشري لكلا النصفين الكريين العظيمين مصابا بتغيرات جوهرية أو باضطرابات دورية ثقيلة والصفة المخصوصة لبعض الاحوال التي تستثنى بالنسبة لسلامة الوظائف العقلية تؤيد حقيقة هذا الرأي بمعنى ان الانحطاط العقلي الذي شرحناه عند الكلام على الحراج النماغي لا يفقد في الاورام الدماغية الا متى انغم لها اعراض الالتهاب المصائي الممتد المزمن أو متى كان الجوهر القشري لكلا النصفين الكريين محمل اورام متعددة (كالاورام الحويصلية الديدانية) أو متى اعتري او عيبتها اشعرية انضغاط بواسطة اورام مضيقة لتتسع الجمجمة في كلا النصفين الكريين العظيمين او بواسطة انسكابات غزيرة ثانوية في الجيوب المخية وفي الاحوال النادرة التي فيها الاورام الدماغية تثقب الجمجمة تظهر اعراض واصفة بخلاف الاعراض السابق ذكرها والانتقاب يحصل عادة في العظم الجداري والفسدي وقسم جندرانف ويندر ان يحصل في القعدوى وفي محل الانتقاب يسقط الشعر ويحمر الجلد ويتكون فيه اوعية دوالية كثيرة وينذر تقرح الجلد وانتقابه وبالجملة بحس حول الورم الذي يكون غالباً رخو اذا تعددت بحافة عظمية واضحة وقمر ك الورم عند التنفس عرض واصف لكن لا يوجد دائماً وقد يتيسر احياناً رد الورم وعند اجراء هذه التجربة التي بها يضيّق متسع تجويف الجمجمة بخاة ويمتنع هروغ الدم الشرياني نحو الدماغ تظهر عادة ثوب قعد الادراك والتشجات ثم ان كلامنا من حالة التغذية والصحة العامة وباقي الوظائف الجسمية غير المتعلقة بالدماغ لا يظهر فيه تغير مدة من الزمن في كثير من الاحوال كما أنه يظهر في أحوال أخرى كان الوظائف العضوية تتميطه فكل من ضربات القلب والنفض يكون بطيئاً وتقل سرعة التنفس ويعتقل البطن ويقل افراز البول وبذلك يظهر ان امتلاء الجسم ومنه يزداد بكيفية واضحة وفي أحوال أخرى تظفر النوكه بسرعة فنخف المرضي ويجف الجلد ويصير قهلا وتصاب الأغشية المخاطية سيما الملتصمة بالسيلان ثم تظهر الغنغرينة الوضعية والانتفاخ الاستسقاء في السابقين والقديمين ثم ان سائر

اورام الدماغ يظهر اختلافات عظيمة شرحها مع الايضاح يخرجنا عن
الموضوع بلا طائل والعادة ان يحصل في اعراض اورام الدماغ ثوران ثم
انحطاط ثم يصير مستقرا مع الارتقا والتزايد ومدة هذا المرض تستمر في احوال
الاورام السرطانية مدة أشهر الى سنة وازيد وأما في الاحوال غير السرطانية
تستطيع مدتها جدا أعني بجملة سنين

والانتهاء الاعتيادي لاورام الدماغ بل الوحيد لها هو الموت وان لم يحصل
بسرعة عقب ظهور مضاعفات أو امراض ظارية أخرى يظهر قبل حصوله
تضايق متعرجة تجويف الجمجمة مع اتضاحه تدريجيا فالمرضى تقع في حالة
كوما عميقة تؤدي الى الموت ومن النادر معرفة مجلس ورم الدماغ وحجمه
مع الناكيد لكن الغالب الحكم على ذلك بالتقريب وعلى مجلسه بان كان
في النصفين السكرين العظيمين أو الحدية الخفية أو الخفيف أو في قاعدة المخ أو
سطحه المخدب والتشخيص الاكيد بالنسبة لحقيقة مجلس الورم الثابت
بالصفات التشريحية لا ينسب لدقة الطبيب المتخصص له بل لوضوح الحالة
المرضية فان احد اورام قاعدة الدماغ ان نتج عنه فقد وظيفة عدد عظيم من
الاعصاب الدماغية احدها بعد الاخر على التعاقب مع صيانة الاعصاب
الجاورة امكن أى طبيب عنده بعض المام بتشرح الدماغ معرفة مجلس الورم
وحدوده مع التأكيد تقريبا ومع ذلك فقل هذه الاحوال التي تدرب
في نشرها بالجرائل الطبية بعدم النواذر

ولو اردنا ذكر جميع الامور التي ينبغي اعتبارها بالنسبة للوقوف على
حقيقة مجلس الورم بخلاف اصابة الاعصاب الدماغية كلا على حدته لطال
عليها الامر فلذا تقتصر على البيان الاتي وهو ان وجود شلل نصفي جانبي
يدل على ان مجلس الورم اما في أحد النصفين السكرين العظيمين (وهو
الغالب) أو في أحد خدي المخ أو في إحدى جهتي القنطرة أو في احد نصفي
الخفيف فالاورام التي يكون مجلسها أحد النصفين السكرين يكون الشلل
النصفي الجانبي واضحا عادة بمعنى ان النصف الآخر من الجسم يكون خاليا
بالكلية عن ظواهر الشلل والاورام التي يكون مجلسها أحد خدي المخ يكاد

يكون فيها داء انما مع شلل نصف الجسم المقابل لشلل في العصب المحرك للقلبي
 الجهة التي يكون فيها الورم مسامتا والاورام التي يكون مجلسها أحد جهتي
 القنطرة يوجد فيها بحوار الشلل النصف الجانبي وقد اد اجسام النصف
 الجانبي أيضا في الجهة المقابلة لشلل وضعف احساس في العصب الوجهي
 الجهة المسامتا لمجلس الوزم والاورام التي يكون مجلسها المخنخ لا يوجد فيها
 الشلل النصف الجانبي على الدوام كما تقدم وان وجد لا يكون واضحا بل
 عمدا الى الجهة الاخرى من الجسم بدرجة خفيفة لاسيما الى عضلات العمود
 الفقري وضعف حركة العضلات المتوسطة بنقوس العمود الفقري واستقامته
 وحركاته الجانبية يظهر ابتداء على شكل مخصوص من الدور كما بيناه فيها
 تقدم مع الوضوح وعلى شكل اهتزاز في الجذع عند المشي ونحوه ثم فيما بعد
 يظهر على شكل عدم صلابتي الجسم بحيث ان المرضى تسقط وهي جالسة ولا
 يكون لها قدرة على تحريك جسمها ما لم تكن مسندة من تحت الابطين وأما
 الشلل المزدوج فانه يشاهد في الاورام التي يكون مجلسها النصفين الكريين
 معا والتي يكون مجلسها الاجزاء المتوسطة من القنطرة واورام النخاع
 المستطيل وقد ذكرنا فيما تقدم عند شرح كل عرض على حدته ان التشنجات
 الصرعية تدل مع التقريب على ان مجلس الورم يقرب الجوهر القشري من
 النصفين الكريين العظيمين وان الالام القمجدية تدل على ان مجلس
 الورم في الحفرتين الخلفيتين من الجمجمة وان اضطراب الوظائف العقلية يدل
 اما على وجود جملة اورام في الجوهر القشري لكلا النصفين الكريين العظيمين
 او على وجود التهاب سحائي او استسقاء سحائي تابعي ويظهر لي انه لم يعتن الى
 الان الا قليل بانه في احوال الاورام المضيق المتسع تحوي الجمجمة الكائنة
 في الحفرة الخلفية للجمجمة التي تعوق استفراغ الدم من الجيوب المخية
 وتؤدي لانسكاب غزير ان الادراك الذي يكون سليما في الابتداء يكاد
 يضطرب على الدوام في الادوار الانصيرة اضطرابا عظيما ومع هذه
 الاعتبار القوية للامور السابق ذكرها لا بد من الوقوع في الخطا بكثرة
 ولذا كان من الجيد ان المؤلفين المشتغلين بفننا هذا كل الاشتغال بشهرون
 تشخيصهم الخطي كما يشهرون تشخيصهم المصيب وبذلك فقط يمكن

الارتكان الى الحكم على درجة قوة الوسائط المنخفضة لاورام الدماغ
وتحديد مجملها

ثم ان العادة المنتشرة في تسمية كل من الاشكال المختلفة من التولدات
الجديدة وانوريزما شرابين الدماغ بل والتولدات العاطيلية الساجحة فيه
باورام الدماغ سببها الوحيد هو ان الاحوال التي فيها تعرف مع التأكيـد
طبيعة الورم مدة الحياة نادرة فانه ان ظهرت اعراض ورم دماغي في شخص
ثبت عنده وجود اورام سرطانـية أو درن أو انوريزما أو تولدات طفيلية
في اعضاء أخرى جاز الظن بان ورم الدماغ من نفس طبيعة الاورام الموجودة
لكن بقطع النظر عن وجود درن دماغي عند الأشخاص المعتر بهم اورام زهرية في اعضاء
اخرى فان هذا الارتكان في التشخيص يفقد في معظم الاحوال فان سرطان
الدماغ يكون في الغالب مرضا اوليا قائما بنفسه وانوريزما شرابين الدماغ
يكون غالبا هو الوحيد في الجسم وسبب الديدان الحويصلية والا يكتنوكوكية
يكون في الغالب قاصر اعلى المخ

وقد يرتكن في الحكم على طبيعة الورم الى سن المرضى فان الاطفال يوجد
عندهم الدرن وأما الكهول سيما الشبان فتوجد عندهم التولدات الجديدة
الجيدة سيما السركوم (أي الورم اللحمي) والجيليوم (أي الورم الغددي)
وعند الشيخ يكثر وجود السرطانات

المعالجة

كما أنه لا يمكن بواسطة الحية القاسية جدا استعمال المركبات اليودية
والزنيكية وغيرهما من الجواهر الدوائية القوية التأثير لتحليل الاورام
السرطانية والحمية وغيرهما من التولدات الجديدة المرضية في اعضاء اخرى
فكذلك لا تتم هذه الطرق العلاجية في اورام الدماغ فانها تمسح في الانتهاء
المحزن بدلا من تأخيرها وانما حيث دلت التجارب الجديدة على ان بعض
التولدات الجديدة يمكن تصغير حجمها بواسطة الحقن بالزرنيج في الورم فمن
البايز استعمال هذا الجوهر من الباطن او الحقن تحت الجلد معاملة الاورام
الداغية لا تكون حينئذ الاتسكينية او عرضية ولا ينبغي استعمال الوسائط

العلاجية التي شعب عنها المرضى مثل الحزام في القفا وفتح الحصة ونحو ذلك فانها لا فائدة فيها فمن الجيد فقط الاجتهاد في صون المريض بأي طريقة كانت من الاحتقانات المحيية التي بواسطتها كثير ما تنتفخ الاورام الدماغية وتحتقن فينزع منها عوارض خطيرة مع ترتيب التدبير الغذاء في الجسد واحداث تبرز منتظم ونحو ذلك والنوب السكتية والعوارض الالتهابية تعالج على حسب القواعد التي بيناها فيما تقدم بواسطة الاستفراغات الدموية العامة والموضعية والمكدمات الجلدية على الراس ونحو ذلك وعند وجود آلام شديدة في الراس تستعمل الاستفراغات الدموية الموضعية والمكدمات الباردة على الراس والمصرفات على القفا وان لم تثمر هذه الوسائط وجب استعمال المسكنات بقوة وعلى الخصوص يعطى المرضى مقادير صغيرة من المورفين او الحقن تحت الجلد به واثماني ظن بان المريض معتريه ورم زهري دماغي وجب بدلا من المعالجة العرضية استعمال معالجة مضادة للداء الزهري قوية وليس من الجسد في الطب العملي تأخير تلك المعالجة او تركها ولولم يصدق من الطبيعة الزهرية للرمز فقد دلت التعارب على ان التغيرات الجوهرية الزهرية ولو الثقيلة قابلة للشفاء واما معالجة الاورام السرطانية او اللحمية فليس فيها ادنى ثمرة ولذا لا تخشى شيئا من المعالجة فضلا عن ثمرتها العظمى عند الظن بوجود ورم زهري دماغي عند المريض فيجوز المعالجة المضادة للداء الزهري بواسطة المركبات الزئبقية ابتداء ثم المركبات اليودية فيها بعد كما ان التمهين اكيد

(المبحث الرابع عشر)

في الانسكاب المصلي لقيوف الجمجمة المتعظم

(المعروف بالاستسقاء الدماغي العارض)

قد ذكرنا فيما تقدم شكلا من الاستسقاء النفاقي العارض وهو الذي يصاحب على الاورام الالتهاب المصلي القاهدي وسنتكلم في المبحث الاخير عن هذا الكلام على الاستسقاء الدماغي الخلقى على الانسكاب الدماغي الذي يحصل بعد الولادة بزمان قليل مثل انسداد التداريز واستكمال تعظم الجمجمة ولا تعرض في هذا المبحث حينئذ الى الشكل الانسكابات

المصلية التي تحصل في الجمجمة بدون التهاب مصلاتي قاعدي

(كيفية الظهور والاسباب)

يندران يشاهد هذا الانسكاب المصلي داخل تجويف العنكبوتية وان حصل فلا يصل الى درجة عظيمة مطلقا والغالب ان يشاهد هذا الانسكاب في المسافات تحت العنكبوتية او يشاهد اودجما جوهر المخ وانسكابات مصلية في جنبيه وهذا الشكل يسمى بالاستسقاء الدماغى الباطنى تميزه عن الشكل الاول المسمى بالاستسقاء الدماغى الظاهرى ثم ان الانسكابات المصلية الدماغية اما ان تكون ناشئة عن ازدياد الضغط الجانبي للاوعية او عن تناقص في كمية المادة الزلاية المحتوى عليها مسائل الدم او عن اضطراب في الوظائف الغذائية لجدر الاوعية بحيث يسهل نفوذ سائل الدم منها والاستسقاء الدماغى العارضى الذي يكون من جملة ظواهر الاستسقاء العمومى سواء كان هذا الاخير متعلقا باضطراب في الدورة او بتغير في صفات الدم (كما في داء برىكت) لا يصل لدرجة عظيمة الا في احوال استثنائية ولوانه يشاهد احيانا موت فجائى مدة سير بعض الامراض الناشئ منها الاستسقاء العمومى وينسب ذلك لانسكاب قليل في الجيوب الخفية وحالة اودجماو بقية عظيمة في المخ وكثيرا ما تحدث اورام الدماغ وغيرها من التغيرات المرضية للمفر الخلفية من الجمجمة بدرجة عظيمة جدا من الاستسقاء الدماغى اما بضغطها على اوردة جليانوس العظيمة والجيوب المستقيمة فتعوق استقراغ الدم منها واما الاستسقاء الدماغى الناشئ عن اضطراب غذائى في جدر الاوعية فكثيرا ما يكون مرضا مستقلا وبماثل حينئذ بعض التغيرات الالتهابية التي تحصل في غير المخ من الاعضاء يشابه بعض الالتهابات الجلدية المصنوب بكون قناعات مصلية عظيمة وهذا الشكل من الاستسقاء الدماغى اكثر ما يشاهد في الاطفال وان شوهد في غير هذا السن فلا بد وان يكون موجودا في سن الطفولية ويؤيد ذلك ما شاهدته الملم هوب فان وجد عند البحث عن سائل الاستسقاء الدماغى المزمن انه يختلف في التراكيب ويحتوى على كثير من المواد الزلاية زيادة عن السائل الدماغى الشوكى الطبيعى وهناك شكل آخر من الاستسقاء

الذماغي الفراغي الذي يلزم على الدوام كل تناقص في حجم المخ سواء كان هذا التناقص عموما كما يحصل عند التقدم في السن (ومعنى الاستسقاء الدماغي الشبوني) او كما يحصل عقب ضهور المخ ضهورا جزئيا
 ﴿الصفات النشربجية﴾

السائل المجمع في الكيس العنكبوتي لا يمكن تعيين كيمته غالبافانه يختلط على الدوام عند نزح المخ من الججمة بالسائل الاتي من المسافات تحت العنكبوتية لكنه لا يصل كما ذكرنا الى كمية عظيمة مطلقا
 واما السائل المنسكب في المسافات تحت العنكبوتية فتارة يكون منتشرا باستواء على سطح المخ وتارة بغير استواء وفي الحالة الاخيرة تكون العنكبوتية احيانا متفرقة بمثلثة بمادة مصلية واما اوديميا المخ فتتضح في احوالها الخفيفة باللون اللامع الرطب في سطح الشق وتتناقص في تماسك جوهر المخ بعد بعض زمن وفي الاحوال الشديدة للاوديميا المخية يكون تماسك المخ مسترخيا وبالضغط على جزء منه يتجمع فيه عما قليل جزء من السائل وعند ارتفاع درجة الاوديميا جدا يتغير جوهر المخ بسبب الاوديميا ويستحيل الى عجينة رقيقة مبيضة (وهذا ما يسمى باللين الاستسقاء للمخ)

واما في احوال الاستسقاء الدماغي الحاد الباطني فيندران تزداد كمية السائل المجمع في الجيوب المخية عن نصف اوقية الى اوقية ويكون اما صافيا او متعكرا بسبب اختلاطه ببعض اخلية بشرية او دنف او تعقدات اوبقيا ببعض اجزا المخ المنفردة ويكون كل من جدر الجيوب المخية سيما الحاجز المتوسط والصفائر المشمية في حالة لين استسقاء وفي احوال الاستسقاء الدماغي الباطني المزمن تكون الجيوب المخية متعددة تمسدا عظيما وكمية السائل المجمع فيها من ٦ اواق الى ١٢ وسطح الجيوب المخية الباطني متكاثفا ومغطى بطبقة جيبية رقيقة وكلها جوهر المخ المحيط بها يكون متكاثفا مقاومة

﴿الاعراض والسير﴾

من المعلوم انه بواسطة الانسكابات المصلية في الججمة يتضايق متسهما كما يتضايق بواسطة الانسكابات الدموية او التصلبات الالتهابية وقد ذكرنا انه من النتائج الضرورية لتضايق متسحقوب في الججمة عوق وصول الدم

الشرياني الى هذا القويف وان الاعراض الملازمة للانيميا الشريانية
 المخية التي تحصل فجأة هي نوب فقد الادراك والتشنجات وان اعراض
 الانيميا الشريانية الدماغية التي تحصل بالتدريج هي ظواهر التبرج العام
 او الخمود والوظائف المخية وان اعتبرنا مع ذلك ان اجزاء المخ المجاورة لجيوبه
 تلين في احوال الاستسقاء الدماغى الحاد وتفسد وتضرر في احوال الاستسقاء
 الدماغى المزمن امكنا وصف الصورة المرضية المطابقة للاستسقاء الدماغى
 الحاد والمزمن

لما الانسكابات المصلية العظيمة التي تحصل فجأة في المخ وفي جيوبه فينتج عنها
 مجموع اعراض يعبر عنها بالسكتة المصلية بسبب مشابهتها للنوبة السكتية
 التي تنجم عن الانسكاب الدموي ولا حاجة لان نذكر طبقة الماتقدم ان تميز
 السكتة المصلية عن السكتة الدموية غير ممكن في كثير من الاحوال وانه في
 الاحوال التي فيها يمكن فصل التشخيص التمييزي يرتكن فيها الى اعتبار
 الامور السببية التي ترجع القول باحد المرضين ونفي الآخر

ثم ان الاستسقاء الدماغى الحاد عند الاطفال له سير مشابه لسير الاحتقانات
 المخية الشديدة او للدور الاول من الالتهاب السحالي الحاد فان نوب التشنجات
 الشديدة المعصوبة بفقد الادراك هي الظواهر الواصفة الكثيرة
 الحصول له فان تكررت هذه النوب مرارا كثيرة واسمرت نوبها بازال الظن
 بان الاحتقان ادى لنضج عظيم في الجيوب المخية ويخشى ان هذا النضج
 لا يمتص باليكيلة ولا يمتص منه الا القليل فيختلف عن ذلك استسقاء دماغى
 مزمن

واما اعراض الاستسقاء الدماغى المزمن فاما ان تعقب اعراض الاستسقاء
 الدماغى الحاد او انها تحصل تدريجيا ببطء من اول الامر وهي عبارة عن
 ألم الراس والدوار وضعف الحواس سيما الابصار وضعف عمومي في القوى
 العضلية او شلل غير تام بما سبقه مشى اهترازي وارتعاش في الاطراف ومن
 الظواهر الملازمة لهذا المرض اضطرابات العقل سيما ضعفه الذي يؤدي
 لحصول البله وينضم لذلك عند بعض المرضى نوب تشنجات وقيء احيانا
 والنهض عند هؤلاء المرضى يكون بطيئا وتبرد اجسامهم بسهولة ويكون

عندهم أحيانا ثراوية عظيمة لا كل وهبة وجوهرها منتفخة قليلا وتظهر
أوعية دوالية في الوجنتين ومن الواضح أنه لا يجوز تشخيص الاستسقاء
الدماغي الحاد بالأعراض المرضية المذكورة إلا بعد أن يباقي امراض الدماغ
التي لها مشابهة بهذا المرض ولذا لا يكون تشخيصه مع غاية التأكد إلا
نادرا وسبب هذا المرض بطيء للغاية وأن لم يحصل الموت عقب اعراض
طارئة أخرى حصل فيها بعد سرعة عقب ازد ياذكية النضج ازد يادامر يعا
أو تدريجيا وفي مثل هذه الاحوال يسبق الموت بحالة سبات تستمر جملة أيام

﴿ المعالجة ﴾

معالجة الاستسقاء الدماغي الحاد هي عين معالجة الاحتقان الدماغي الحاد
والالتهاب العصائي الحاد أيضا وكثير الوسائل العلاجية نجحا في الاستسقاء
الدماغي المزمن هي الحمامات الباردة أو التشنج مع التمادي زمنا طويلا

﴿ البحث الخامس عشر ﴾

(في الانسكابات المصلية انجويرف الجمجمة غير المغلفة أي التي لم تنظم)
(بوافيضها المعروف بالاستسقاء الدماغي الخلق)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

من القرب للعقل جدا ان الاستسقاء الدماغي الخلق ينتج عن التهاب
جدر الجيوب المخية يقطع سيره مدة الحياة الجنينية واسباب هذا المرض
مجهولة بالكلية فان هناك نساء يضعن جملة مرار اطفالا مصابة بالاستسقاء
الدماغي بدون معرفة اسباب ذلك

﴿ الصفات التشريحية ﴾

كبة السائل المنسكبة في تجاويف المخ في الاستسقاء الدماغي الخلق تكون
أحيانا قليلة جدا وأحيانا تصل الى كبة عظيمة من ستة ارطال الى عشرة
وهذا السائل المصلي يكون صافيا شفافا وفي مثل هذه الاحوال تكون
الجيوب المخية مستجيبة الى اكياس ذات جدر سميكه وجوهر المخ في محيطها
يكون مستترقا ضامرا ومكونا لطبقة سمكها يكاد لا يكون أزيد من خط
والاجسام المضلعة والامرة البصرية تكون منضغطة مفرطة ومتباعدة
عن بعضها والحديدات التوأمية الاربعة مفرطة أيضا والحوافر الجيبية

مسترقه والخارج المتوسط بين الجيوب يكون منتقبا حيانا وكذا قاع الجيب الثالث يكون مسترقا مندفعاً وكل من القنطرة الخفية والمخيمج بالنظر فيه من ادعلى يوجد مفرد طحاً منضغطاً

وفي احوال الانسكابات القليلة تكون الجمجمة حافظة لشكلها وأما في احوال الانسكابات العظيمة فتتعدد تمدد اعظيما والعادة ان يكون الراس عظيم الحجم عند الولادة لكن ينمو واعظيما بعد ما يحدث بياض محيطه قدامين وفي مثل هذه الاحوال تكون عظام الجمجمة سيما الجبهية والجدارين متددتة مددا عظيما ومستقرقة واليوا فيج تكون عريضة وتبرز الجبهة الى الامام والسطح العلوي للججاجين يندفع الى الاسفل فتصير قصبة الججاجين شبه شق رفيع مستعرض وكل من الجزء القشري للعظم الصدفي والقعدوي يكتسب انحناءا أقويا والتعظم الذي يتأخر حصوله في مثل هذه الاحوال ان تم يكون بواسطة اصفار متعظمة في الاجزاء الغشائية السكائنة بين العظام أو يتكون بين عظام متداخلة بين عظام الجمجمة وقبوتها التي كانت قبل التعظم رقيقة تعبر فيما بعد سمكة جدا والجمجمة في مثل هذه الاحوال تحفظ شكلا غير منتظم أو شديما بكرة

في الاعراض والسير

كثير من الاطفال التي تولد مصابة بالاستسقاء الساعفي الخلقى تم تلك حال الوضع او بعده بقليل وغيرهم من الاطفال قد لا تلاحظ فيهم مظاهر مرضية في الاسابيع الاول من الحياة متى كان تجوف الجمجمة غير عظيم ويوجه ذلك بصعوبة الحكم على الوظائف العقلية في هذا السن وبمرور العظام الجمجمية وتمدداتها تمديدات تدريجيا وأما اذا حصل انسكاب عظيم في الجمجمة المتعلقة فلا بد وان تتمنع الاعراض الثقيلة لهذا المرض والعادة ان تكون الظاهرة الوحيدة في السنة الاولى من الحياة عظم الراس وازدياد حجمه ازيد ادا تدريجيا مع صعوبة حفظه على حاله استقامة وان فقدت ايدججم الجمجمة أو كان غير عظيم بحيث لا يدرك في هذا المرض على الاطباء في السنة الاولى بتامها والامهات وان تعين بعد مضي ثلاثة ارباع السنة الاولى أو أكثر من بقاء الطفل في حالة نخود وليس عنده

نشاط واجتهاد للشيء والتكلم وظن ان ذلك ناتج عن بطله نحو الطفل ونحوه
 فلا يستشعر الطبيب ولو استشره كان ذلك من قبيل تسكين روعه من لكر
 بعد هذه المدة تتغير حالة الطفل وتنضج فيخرج من اقل شيء أو بشئ ويصبح
 باد في سبب وتكتسب بهئته هيئة بشعة المنظر ويكثر اختلاج اطرافه
 ولا يهود ادراكه مثل باقي الاطفال التي في سنه بحيث يوجه الاشياء التي
 لم توجهها الاطفال الذين بلغوا هذا السن اليه ولا يلتفت لشيء مما يقرب له
 بل يصير مضطربا وهيئة وجهه لا تدل على انتباه لما حوله وكثيرا ما يسيل
 اللعاب من فمه المضمض نصف انفتاح وهذه الكيفية يزداد اتضاح حالة
 الطفل ويقعق من تعقلاته وعندها وكثير من هؤلاء اطفال لا يمكنهم تعلم
 المشي وان اجتهدوا في ذلك تهالبا الخ ذهم على بعضها ويصير مشبه
 باهتزاز ويقعون بسهولة ولا يمكنهم التحمل والعادة ان لا يوجد اضطراب في
 اعضاء الحواس واروجد ثقل ظاهري في السمع تحقق بالبحث مع التدقيق
 انه نتيجة عدم الالتفات واماطاسة الذوق والشم فلا يمكن الحكم عليها
 عند مثل هؤلاء الاطفال الذين يعثر بهم على الدوام حالة شره واماطاسة
 الابصار فالعادة ان تبقى سليمة لكن كثير اما يوجد عندهم حول أو تعدد
 في الحدقتين

وفي الاحوال التي فيها يعظم حجم الرأس ضرعة ويزداد تسهل معرفة هذا
 المرض من الابتداء ولوان الاعراض التي ذكرناها تكون عادة اقل وضوحا
 عن الاحوال التي فيها يكون عظم حجم الرأس قليلا أو مفقودا فان كلامنا
 صغر الوجه والهتة الشخوخية التي لا تطابق عظم حجم الجمجمة يكون
 معه زاوية حادة منتهية بالذقن وتعددا لاوردة المنتشرة في جلد الجمجمة
 والجدارين والشعر الرفيع المغطى للرأس العريض ونقوس الاطراف تقوسا
 راشتميا وضعف النمو وعدم قدرة الطفل على موازنة الرأس وسقوطه الى
 جميع الاتجاهات يصف هذا المرض وصفا واضحا محزنا بالكلية

ثم ان سير هذا المرض يقطع النظر عن نوب التشخيصات الكثيرة المشاهدة فيه
 يكون اما منتظما آخذا في التزايد على الدوام بحيث ترتفع اعراضه ارتقاء
 تدريجيا الى الموت عقب اتضاح اعراض الشلل أو يكون غير منتظم بحيث

تتشاكل الاعراض احيانا وتفسر احيانا اخرى بل قد يحصل نوع وقوف وقتي ولا يندران هذا المرض بعد ارتقائه الى درجة معلومة يقط ويقف سيره بل قد يزول جزء عظيم من اعراضه لكن لا يكون هذا الزوال تاما بحيث تعود حالة الطفل الى الصحة التامة مطلقا بل الغالب ان يبقى عنده نوع ضعف في القوى العقلية

والانتهاء الاكثر حصولا لهذا المرض هو الموت وكثيرا ما يطرأ هذا الانتهاء المحزن في السنة الاولى من الحياة اما نتيجة المرض نفسه او التشنجات الناشئة عنه التي تعقبها لكوما او هذاعفان اخرى تطرأ على الطفل ويتناقص متسع تجويف الجمجمة يكون خطره اعظم في الاحوال التي فيها تكون البوافيج مغلقة من الاحوال المضادة لذلك فحياة الطفل تكون اكثر تهددا متى كان حجم الراس طبيعيا تقرر يباعن الاحوال التي فيها تكون الجمجمة متبعدة تمعدا عظيما ومن النادر ان يحصل الموت عقب تمزق الجيوب المخية تمزقا ذاتيا او عقب الصدمات الشديدة على الراس ويندران فجسا وز الاطفال المصابة بهذا المرض سن البلوغ وتجاوزها لهذا السن والوصول الى سن الكهولة بعدم النواذر القرية جدا

(المعالجة)

جميع الوسائط المساعدة على الانتعاش كالمدرات البولية والمسهلات الشديدة والمركبات اليودية والريثيق الحلو والمرهم الزئبقي ليس لها أدنى تأثير في الاستشفاء الدماغي الخلق وانما شوهدها بعض نجاح وشفا في الاحوال المتقدمة من هذا المرض وكذا الضغط على الجمجمة المتعددة تمعدا عظيما بواسطة أشربة من المتعشبه القلنسوة الابرقاطية ليس خاليا عن الخطر وتجباحه قليل وان فعل يكون مع قابلية الاحتراس والتشجيع التي تحصلنا عليها الى وقتنا هذا يبزل الجمجمة من البوافيج واستفراغ السائل المصلي لا تنصعبنا على فعل هذه العملية فان اكثر المرضى هلك بعد البزل الاول وتكراره ولذا ينبغي قصر فعل هذه العملية على الاحوال التي فيها يكون عمو الراس عظميا جدا واخذ في الازدياد على الدوام مع كون الطفل لم يبزل حافظا للصحة جيدة في الظاهر وفي الغالب تقتصر في معالجته كل

من الاستسقاء الدماغى الخلقى والعارضى على استعمال معالجة عرضية والاجتهاد فى منع الاطفال المرضى من التعرض للاسباب المضرة فيؤثر لهم زيادة عن الاغذية الجيدة بالاقامة فى الخلاوات الجيدة الهواء مع معالجة داء المختازير والاشتعم والانياس على حسب القواعد المعتادة

المبحث السادس عشر

فى ضمامة الدماغ

فى كيفية الظهور والاسباب

حيث كان لا يحصل فى المرض المسمى بضمامة الدماغ نموت فى اجزائه العصبية الاصلية أعنى فى الباقه واخلبته العصبية بل الذى يحصل هو نموت فى النسج الرقيق الضام لهذه الاجزاء العصبية كان تسمية هذا المرض بالضمامة الدماغية غير موافق لذكر يكفى مجرد التنويه فى ذلك ليهتمس من الوقوع فى الخطاء وحفظ هذه التسمية وليس من المحقق كون غوهذا النسج الرقيق ناتجا عن احتقانات مسفرة أو متكررة أو عن اسباب أخرى ثم ان ضمامة الدماغ قد تكون خلقية خصوصا فى أحوال النمو التوأمى والغالب ان يكون حصو لها عقب الولادة فهذا المرض حيثئلا خاص بسن الطفولية وكما تقدم التخص فى السن كان حصوله نادرا وضمامة الدماغ العارضية اى التى تحصل عقب الولادة تكون معطوبة بها الفراضية وتقص فى غوالقدة التيموسية وضمامة فى العقد الليفافية (كما قاله روكسكى) و بعدم من الاسباب المقتمة لهذا المرض التنبهات العقلية المتكررة والافراط من المشروبات الروحية أو التسممات الرصاصية لكن بغير حق

(الصفات التشريحية) *

يكون الدماغ خصوصا الخ فى هذا المرض أعظم حجما وتقلع عن الحالة الطبيعية وعند فعل الصفات التشريحية ونشر عظام الجمجمة يبرز جوهر هذا العضور وز اعظيما بحيث لا يمكن عوده الى محله و يظهر ان تجويف الجمجمة لا يسهو والمهايا تكون مسترة متخالية عن الام ولا يوجد فى المسافات تحت العنكبوتية أثر من السائل والتعاريج المخية السكائنة على سطح النصفين الكريين توجد مفرطحة ومتقاربة من بعضها والميازيب السكائنة

بينها تسكاد لا تدرك والمركز الدماغى نفسه يكون ذا قطر عظيم والجيبوب
الخفية تسكون ضيقة وجوهر المخ يظهر عند شقه كالمصا يا خاليا عن الدم
وكل من تماسكه ومنه يرى متزايدا

ثم انه اذا حصلت التضامة الخفية قبل ان يتم اتصالات الجمجمة ازداد قطر
تجويفها كما يشاهد ذلك فى الاستسقاء الدماغى الخلقى

وأما اذا حصل هذا التغير بعد انسداد التداريز فانه يحصل غالباً فى العظام
الجمجمية امتصاص بورقة وفقدت الصفيحة الباطنة للعظام الجمجمية
ملاستها ومن الشادر ان يحصل عقب النمو المربع لهذا المرض انفتاح
واسترخاء فى التداريز الجمجمية عقب انسدادها

⦿ الاعراض والسير ⦿

من الواضح ان ضخامة الدماغ تؤثر على الدورة الدموية فى باطن الجمجمة
كغيرها من ازيد ما يحصل الجمجمة بمعنى انها تحدث وقفاً وصول الدم
الى الدماغ واستفراغه من أوعيه ولذا كان هذا المرض مصحوباً بتأثر
بظواهر تهيج ممتدة وتارة بظواهر شلل وكذا من الواضح أيضاً ان هذه
الاعراض كثيراً ما تفقد أو تشاهد بدرجة قليلة جداً مادامت التداريز
الجمجمية غير منسدة وعظام الجمجمة منسعة تبعاً لازدياد حجم المخ ومن
المهم فى التمييز بين الاطفال المصابين بضخامة فى الدماغ والاطفال الذين
يعتريهم عظم فى حجم الجمجمة ناتج عن الاستسقاء الدماغى الخلقى ان الاولين
المصابين بالضخامة يكون عقولهم نامياً جداً بالنسبة لأجسامهم بحيث يلاحظ
عليهم كثرة الذكاء والفطنة بخلاف الآخرين وهذا أعظم ما يترسك
اليه فى التمييز بين هذين النوعين ثم ان الظواهر المشاهدة الكثيرة
فى هذا المرض خصوصاً متى كان نمو الجمجمة غير عظيم أو غير تابع لتقدم
المخ هي نوب التشنجات الصرعية ويظهر ان حصول هذه النوب وطورها
منى أثر أى سبب يزيد فى الانهيار الخفية التى توجد على الدوام فى مثل هذه
الاحوال بحيث انه يمتد تأثير هذا السبب الفجائى الوقتى فترتقى الانيميا
الخفية الى درجة عظيمة جداً أو أقل من ذلك مشاهدة ووصفاً للضخامة الخفية
آلام الرأس والدوار والفرع من الضوء وتور ان الحساسية العامة وتهيج

القوى العقلية والتي زناقر منا وهذه ظواهر يعقبها عند تقدم سير هذا المرض ضعف في الحساسية العامة والانتباضات العضلية ونحود في القوى العقلية وميل مسر لتقوم فهذا المرض لا يمكن تشخيصه مع درجة تمام التأكيد الا في الاحوال التي تكون فيها الجمجمة عظيمة جدا مع التمكن من نفي وجود استسقاء دماغي ففي معظم الاحوال لا يمكن تشخيص هذا المرض ولو مع التقريب وسير الضخامة الدماغية من من على الدوام ومن المشكوك فيه انتهاءها بالشفاء أحيانا والموت يحصل اما بتقدم هذا المرض نفسه لكن ليس بارتقاء الشلل العموي ارتقاء تدريجيا بل في أثناء نوبة من نور التشنجات الصرعية أو مضاعفته بانسكابان دموية سكتية أو بتغيرات النهاية مصحوبة بنضج ومن الواضح شدة خطر هذين المضاعفتين عند مثل هؤلاء المرضى ولو كانت بدرجة قليلة جدا

﴿ المعالجة ﴾

لا يتأني التسكام على معالجة الضخامة المخية فانه وان عرف المرض وامكن تشخيصه فليس عندنا جواهر دوائية تزيد التغير المرضي الذي نحن بصدده أو توقف سيره وانما يمكن مقاومه الداء الاصل كالأركيسيم أو داء الخنازير اما بواسطة بودور الباتسيوم او بودور الحديد وأما معالجة المضاعفة كالشنجات فتكون على حسب القواعد العامة

﴿ المبحث السابع عشر ﴾

في ظهور الدماغ

(كيفية الظهور والاسباب)

لا ينبغي اطلاق لفظ ظهور الدماغ على كل تناقص في حجم هذا العضو سيما ما كان منه ناشئا عن فساد وتعتك في جوهره العصبي وتكون منسوج ندي قابل للانتباضات في محل الجزء المفسدان ظهور الدماغ في الحقيقة عبارة عن تناقص في عدد أجزاء جوهره العصبي بدون ان يسبق ذلك بفساد أو تعتك ومن الجيد ان يميز ظهور هذا العضو شكلان الاول عبارة عن نمو غير تام فيه المسمى بالاجنيزيا الدماغية والثاني عبارة عن تفهقر نمو هذا العضو أي اضمحلال اجزائه التي كانت تامة النمو

ولا تتعرض هنالاجنيزيا الدماغية التي فيها يكون غوهذا العضو غير تام بحيث يوجد حالة به تام ارحالة فيها لا يمكن استمرار الحياة وانما نذكر هنا فقط ضهور احدى جهتي الدماغ الذي هو شكل غير نارار الحصول ويبتدىئ نكونه امامادة الحياة الجنينية وبعد الولادة وفيه لا تحفظ الحياة فقط بل فيه تنمو القوة العقلية احياا الى درجة ما

ثم ان اسباب الضهور الدماغى الجانبى المذكور مجهولة علينا والظاهر ان هذا الشكل يتعلق بحالة التهاية في الدماغ او المصايا او بالجمجمة مدة الحياة الرجية

واما ضهور الدماغ الذي يحصل عقب تمام غوه فيكون اما حالة مرضية اولية تعتريه او تصاحب امراضا اخرى لهذا العضو بمعنى انه يكون حالة مرضية ثانوية فمن نوع الضهور الاول للدماغ بعد اولا شكل الضهور الذي هو ظاهرة من ظواهر الضهور الشيوخى العمومى وكان التغيرات الشيوخية المختلفة يختلف ارتقاؤها في الشدة عند الانخفاض المتقدم في السن فكذلك توجد شيوخ لا يشاهد عندهم ادنى اثر من ضهور الدماغ كما انه توجد شيوخ اخرى اقل تقدم في السن يرتقى عندهم هذا الضهور الى درجة عظيمة وينضم لذلك الضهور الذي يحصل في اثناء امير الامراض المنهكة وفي كثير من الاحوال يظن بوجود صبر وجلادة عقلية عند قرب الانتهاء المخزن لبعض الامراض المزمنة جدا وما ذالك في الحقيقة الا ناتج عن ضهور في الدماغ وضعف في الحساسية والتعلقل تبعالذلك واما الضهور التابى فينشأ غالبا عن تغيرات مرضية موضعية في الدماغ وقد ذكرنا انه كثير ا ما يعقب السكتات المخنية بعد انتهاء سيرها والتتركز ا موضعى للدماغ والتهاباته الموضعية ويظهر ان شكل البله المصوب بشلل متعلق بضهور في الدماغ ناشئ عن تغيرات التهاية مرضية في المصايا او في الجوهر القصرى لهذا العضو

وفي احوال اخرى قد يكون هذا الضهور التابى نتيجة ضغط مستمر على جوهر الدماغ ومن هذا القبيل تناقص كتلة الدماغ التدريجى وضهورها الناتج عن اورام الدماغ او استسقاؤه ويظهر كذلك ان ضهور الدماغ المصاحب للالتهاب السحائى ينتج عن الضغط الذي يعترى هذا العضو من النضج

الاتهابي المتراكم في المسافات تحت العنكبوتية وبالجملة قلند كرهنا ان
جروح بعض الاعصاب الدائرية وتنتكها بحبها احيانا ظهور تآبي في
بورتها المركزية

﴿الصفات التشريحية﴾

الضهور النصفى للدماغ أكثر ما يصيب الجهة اليسرى من هذا
العضو وفيها يعم تارة جيبع النصف الكرى وتارة يكون قاصر على بعض
اجزائه وفي الدرجة العظيمة لهذا المرض يكون جوهر المخ السكاش بين جيبويه
وسطحه المخدب ضامر امسترقا على شكل طبقة رقيقة ممكها بعض خطوط
والشعيرات الخفية تكاد لا تدرك وانما تكون كثيرة العرض والسمك وكذا
العقد الدماغية العظيمة تكون ضامرة ومن هنا يمتد الضهور بواسطة احد
الخيال المخ الى الاحبله المباشرة له من الضاع المستطيل والجوهر الدماغى
الضامر تكون مقاومته غالباً متزايدة ولونه متعكر والمسافة الخالية الناشئة
عن الضهور تكون ممتلئة بسائل مصلى يتراكم في الجيوب المخية أو بين
الصحايا وفي الغالب يكون شكل الجمجمة غير منتظم وعظامها مخنثة في
الجهة التي يعترها الضهور

وأما ضهور الدماغ المصاحب للتقدم في السن فالغالب ان يكون عاما لهذا
العضو لكن متى كان ثانويا وناشئا عن تمسكات جزئية فيه فيكون أكثر وضوحا
في الجهة المصابة من الجهة المقابلة لها والجوهر النخاعى للنصفين
الكريين يكون متناقضا في الحجم والتلافيف الخفية رقيقة والميازيب
أكثر عرضا وغورا ويكون الجوهر اللبى أبيض وسفامسكاثنا وجوهره
القشرى رقيقا متينا ذا لون مرمز أو ممتقع والجيوب المخية تكون ممتلئة
ومقددة بسائل مصلى وكذا المسافات تحت العنكبوتية تكون ممتلئة بكبيرة
عظيمة من هذا السائل المتجمع فيها (أعنى الاستسقاء الدماغى الناشئ
عن الفراغ)

﴿الاعراض والسير﴾

الضهور النصفى للخ وان لم يصطحب كما ذكرنا في بعض الاحوال باضطرابات
عقلية لكن مثل الاحوال التي فيها أحد نصفى المخ يعوز الآخر في وظائفه

تعد من النوادر العظيمة والغالب ان يعترى أكثر المرضى ضعف في القوى العقلية بل يكون في حالة به وكذا أعضاء الحواس خصوصاً الابصار تكون قليلة الحساسية وقابلة تنبيه الاعصاب الحساسية للجهة المشاولة تكون متناقصة وأعظم الاعراض المتخصصة لهذا المرض هو شلل احدى جهتي الجسم مع ضمور واضح كثير الظهور فيها والغالب ان يكون الشلل مصحوباً بانقباضات عضلية وضمور الجهة المشاولة بهم جميع منسوجاتها حتى العظام بحيث ان الفخذ الدقي في القصير للبالغ يظهر في مثل هذه الاحوال كفضة الطفل وغالب المرضى يعزيمهم ثوب صرعية وحيث ان باقى وظائف الجسم تتم جميعها فمن السادر ان يكون هذا المرض سبباً للموت ومع ذلك فخل هؤلاء المرضى لا يصلون الى سن عظيم الا في احوال استثنائية بل الغالب ان تكون مقاومتهم ضعيفة بحيث تمك من أقل شيء يطرأ عليهم

وأما الضمور الاولى للمخ الذي يحصل خصوصاً عند الشيوخ الهرمين جداً وكذا الضمور الثانوى الذي يعقب السكنات المخية والتنكز الجزئى للدماغ وغيره من الامراض الموضعية لهذا العضو فيضعف تدريجياً في القوى العقلية وتناقص في القوى المذكورة تناقصاً تدريجياً وتشتت في التصورات كحالة طفلية وضعف في الحواس وتناقص في قوة الانقباضات العضلية

واضطراب المثني واهترازه وعدم القدرة على قهر العضلات العاصرة ثم ان ضمور الدماغ الذي يوجد في جثة المجانين الذين اعتبرهم قبل هلاكهم به شلى تتعلق به الاعراض الاتهابية التي تشاهد في مثل هؤلاء الاثنا عشر في آخر الحياة وهي ظواهر ضعف القوى العقلية والبله وأما جنون التعاطم الثابت وتوهم ارتفاع القدر الذي يسبق شلل العقل والظواهر الجنونية التي تطرأ عليه زمنافز منا والنوب السكتية فليست متعلقة به بل هذه الظواهر تنسب الى الالتهابات الصائية التي تسبق هذه الحالة وتثور زمنافز منافي أثناء سيرها وفي دور هذا المرض الذي فيه يتناقص ثوران القوى العقلية عند المرضى وتضعف قوة التصورات والحواس وتقل شدتها وفيه تتسكدر التصورات وتضطرب وتفسد القوة المذكورة تبدي اعراض الشلل في أعضاء الحركة وكما ارتقت ظواهر ضعف القوى العقلية ازدادت علامات شلل

الحركة والعرض الابتدائي في أغلب الاحوال هو صعوبة النطق الذي ينتقل بسرعة الى الفتنة ويعقب ذلك عدم قدرة الجسم على الوقوف والاهتزاز في المشي وتخلخله وسهولة سقوط المرضى واهتزاز ايديهم عند حركة الانبساط ثم لا يصير لهم قدرة على ترك الفراش ولا تنبيه من المؤثرات القوية ثم تهلك فيما بعد في حالة نهوكة

﴿المعالجة﴾

لا توجد معالجة شافية لظهور المنخ فاجتهاد الطبيب في مثل هذه الاحوال يكون متجها الى المرض الاصلى لاجل منع تقدم سيره سيما بالمعالجة السببية التي تستعمل لمقاومة الافراط من المشروبات الروحية والتسمم الزحلي والدا الزهري والنهوكة العامة والالتهاب المصحاتي المزمن بواسطة الحمامات التشايلية الباردة بالصنب على الرأس ونحو ذلك كما أوصينا به في معالجة الالتهاب المصحاتي المزمن وز يادة عن ذلك يجتهد في مضاربة الاعراض الخطرة وفي أحوال الظهور الدماغى النصفى المصحوب بضمور في العضلات واستحالة تشعمية فيها يمكن استعمال التيار الكهربائى الطبى المتقطع أو المسرة الذى لا يكون له في هذه الاحوال منفعة الا من حيثية تقوية العضلات باحداث انقباضات ميكانيكية فيها وانما في سن الطفولية عند ما يكون غمخ الدماغ في درجة مناسبة يظهر أنه بتأثير التغذية الجيدة والهواء الجيد والرياضة الجسمية والكهربائية يمكن احداث تقدم في غمخ الدماغ المتأخر وما عدا ذلك فالمعالجة لا تكون الاعرضية

﴿المبحث الثامن عشر﴾

(في فقد النطق المسمى بالاغاز ياوالامبوليا)

يوجد اضطراب في الدماغ يحصل تناقص في قابلية التكلم أو فقدتها بالسكلية بدون ان تكون أعضاء النطق مضطربة في وظيفةها وبدون اضطراب في القوة المفكرة وقد هذه القابلية مع سلامة القوة المفكرة والسلامة التامة للعضلات المنوطة بالتكلم والتعبير عن الافكار بواسطة الكلام يعبر عنه بالاغاز يا (كما قاله نرسو) وقد ذكر المعلم بروكا ان اضطراب التكلم الذى فن بعده يتعلق بتغير في التلافيف الخجسية الجبهية الثالثة

ويكاد يكون فقد التكلم هذا ناشئا عن اصابة مرضية في التلايف الثالثة اليسرى ومن النادر ان يكون ناشئا عن اصابة التلايف اليمنى بنسبة
 ١٢ } بمبنى المؤلفون الفرنسيون هم أول من وجه هذه النسبة
 يسارى

بالتعبير الآتى وهو ان اعصاب التكلم تترن وتقوى عادة في جهة واحدة من الدماغ وهي اليسرى بخلافها في الاطفال ذوات العسر فان التلايف الثالثة اليمنى فيهم تكون بعكس ما ذكرتمس لطننة على وظيفة التكلم ومع ذلك فالظاهر ان هناك اجزاء أخرى من الدماغ لها تأثير على تلك الاعصاب ولذا كان كثيرا ما توجد الاصابة المرضية في غير ما ذكر من التلايف كقرب حفرة سلفيوس والتلايف المركزية أو قرب الحداث التومية أو القصوص المؤخرية والتغير المرضي الناشئة عنه الا فاز يا قديكون مختلفا فاما ان تكون انسكابات دموية أو بورات لينية التماية سدوية أو تكون جروحاً آسية أو تولدات جديدة أو نحو ذلك مجلسها الاصفار السابق ذكرها ومن الواضح انه عندما امتداد تلك التغيرات تحصل ولا يد اضطرابات وظيفية أخرى في الدماغ خلاف الا فاز بالكن منشأ الا فاز يالا يكون على الدوام ناتجا عن تغيرات جوهريّة وقاضية مثل السابقة بل كثيرا ما تحصل في أثناء سير بعض الامراض التهممية الحادة سيما التيفوس وكذا عقب التسمم بالبلادونا والرياص وعقب التخدير بالكورفوروم وفي أثناء سير الامتيريا والعزع وعقب الانفعالات النفسية

وغالبا يبقى عند المصابين بعض الفاظ يستعملونها على الدوام مع التكرار للافصاح عن افكارهم وفي احوال أخرى لا يكون لهم قدرة الاعلى النطق ببعض المقاطع ويكونون قاعدي التكلم بالسكينة وقد قابلية التكلم الذي به يتمكن الافصاح عن الافكار وان كان هو الظاهرة الاعتيادية لهذا الاضطراب الدماغى الا أنه ليس هو العيب الوحيد في ذلك اذ قد يفقد كذلك قابلية الكتابة (وهو الاجرافيا) أو القراءة (وهو الاكسيا) وفي بعض الاحوال قد تفقد قابلية الافصاح عن المرام بالاشارات ولا قال فنكن برج انه من الاجود استعمال لفظ اسمبوليا بدلا عن الا فاز يالا جل شمول جميع اضطرابات الدماغ هذه في التعريف فيعرف هذا العلم الاسمبوليا بانها

عبارة عن اضطراب وظيفي به تفقد قابلية التعبير والافصاح عن التصورات
 بعلامات مصطلح عليها (وهي الكتابة) أو تفقد قابلية ادراك التصورات
 بعلامات معلومة (وهي القراءة) إما فقد تاماً أو غير تام وفي الحقيقة كثير من
 الأشخاص المعتر بهم الافاز لا يكون لهم قدرة على قراءة الحروف مطلقاً
 وفهمها بل قد شوهده في بعض الاحوال الاستثنائية بقايا قابلية التكلم
 مع عدم قابلية الكتابة والقراءة وهذه حالة لا يسوغ إطلاق اسم الافازيا
 عليها (فإن لفظ افاز يتركب من حرفين آ يعني الفقد وفازس أي التكلم)
 وقد شوهده في كليتك جينير فخص مصاب بالافاز يظهر عنده في الاماييع
 الاول حالة مخصوصة وهو انه لم يمكنه فتح فقه عند امره بذلك بحيث كان يحجل
 من يحزه عن ذلك ويجهده في فقهه باصابعه لكن متى قرب من فقه ملقعة ملانة
 بالطعام كان يفقهه على آخر درجة - وأما التوجيه الفسيولوجي المقبول
 للامبوليا فلم يسم الى الآن وقد نسب المعلم ترسوق فقد التكلم لاسرين
 أحدهما فقد القوة المفكرة كلاً أو بعضاً حينئذ لا تتكلم المرضى لانهم
 تتذكر الكلمات غير انه يمكنها تقليد النطق بالكلمات التي تقال لهم (وهذا
 ما يسمى بشكل الافاز بالناتجة عن فقد القوة المذكورة) والامر الثاني فقد
 صناعة تقطيع الحروف وبذا ينصر على المرضى تقليد النطق بمثل
 ما يقال لهم أو يتعذر بالسكية (وهذا يسمى بشكل الافاز بالناتجة عن فقد
 قابلية تقطيع الحروف)

ثم انه وإن عمل بالسكية معرفة حالة الافاز بالواضحة غير المضاعفة بعمر
 علينا الحكم على أحوال الافاز يا غير النامة أو المصحوبة باضطراب في القوة
 العقلية وليس من النادر أن يوجد مع الافاز يثقل نصفي جانبي في الجهة
 المقابلة للاصابة المخية أعني في الجهة اليمنى من الجسم غالباً وحينئذ يكون
 الحكم على عاقبة الافاز ياتي مثل هذه الاحوال التي فيها تنسب لبورات
 مرضية مفسدة في المخ غير جيد ولوانه قد يشاهد في مثل هذه الاحوال تحسين
 وأما ان لم يوجد الشلل بالسكية استنبط من الامور السببية ان فقد التكلم
 ناتج عن اضطراب دوري أو عن نضح ما أو نحو ذلك فيه كما بان هذا
 المرض من طبيعة مؤقتة وعاقبته جيدة

ومعالجة الافازيات تطابق بالكلية معالجة المرض الاصلى ثم يجتهد فيما بعد
بواسطة التحرين اللائق بالتكلم والقراءة والكتابة ونحوها في تقوية
الاجزاء العصبية للتكلم في الجهة المقابلة ومع ذلك فلا تؤيد التجارب حقيقة
التعادل العوضي لهذا الاضطراب

* (الفصل الثاني) *

(في امراض النخاع الشوكى ولفائفه)

* (المبحث الاول) *

(في احتقان النخاع الشوكى ولفائفه)

من المعلوم ان كمية الدم المحتوى عليها النخاع الشوكى عرضة لاختلافات
عديدة وان احتقان هذا العضو وانتيته تحدث اضطرابا في وظائفه بكمية
عماثلة لما يحصل في الدماغ من احتقانه وفقرده ومع ذلك فالامراض التي
تنسب لتفاوت كمية الدم في النخاع ليست متخذة من مشاهدات لا واسطية
اكيدة اعني من مقارنة الظواهر المرضية التي تشاهد مدة الحياة والصفات
التشريحية بل باستنتاجات حدسية وزيادة عن ذلك فانه في أغلب الصفات
التشريحية لا ياتفت الى كمية الدم المحتوى عليها النخاع الشوكى وان
نعين كميته في هذا العضو أصعب منه في المخ

وأكثر ما يشاهد احتقان النخاع الشوكى واحتمواؤه على كمية عظيمة من الدم
ولفائفه في الصفات التشريحية للأطفال المولودين جديدا وفي جثة
الاخصاص المسكينين بامراض تشنجية أو امراض حادة وزيادة عن
ذلك تشاهد تمددات دوائية في السكتة الوريدية للجزء السفلى من النخاع
الشوكى وتكون مصاحبة لامتلاء الموى البطني الذي هو ظاهرة من
ظواهر سير وزال الكبد وغيره من امراض هذا العضو التي تعوق سير الدورة
في البطن

ثم ان احتقان النخاع الشوكى يؤدي الى انتفاخ ورخاوة في جوهره وتكون
يقع ايكوموزية صغيرة وفي الدرجة المرتفعة لهذا المرض يحصل في جوهره
لين واحتقان المهاد والنخاعية يعقبه طبعا ما يشاهد من العلم من زيادة
ارتشاح من مادة مصلية تملأ المسافات تحت العنكبوتية من أسفل الى أعلى

حتى تمتد الى فجوف الجمجمة

واعراض احتقان النخاع الشوكي ولغائفه هي طبقا لما ذكره العلم المذكور
المأصم قاصر في الغالب على القسم الجزئي والقطن واحساس بخدر وتثقل
في الاطراف السفلى وشلل فيها غير تام غالبا ومن النادر ان يمتد كل من
اضطراب الحس والحركة من أسفل الى أعلا صاعدا الى الاطراف العليا وفي
مثل هذه الحالة الاخيرة يكون التنفس بطيئا احيا فاما المثانة والمستقيم
فلا يصابان بالشلل فمن مجموع هذه الاعراض يمكن الحكم على وجود احتقان
النخاع الشوكي ولغائفه اذا اتفق باقي اعراض هذا العضو وحصل تحسين
او زوال في مجموع الاعراض المذكورة عقب حصول نزيف من
الادوية الباسورية المتضمنة باوعية النخاع الشوكي أو نزيف دمي أو عقب
فعل استغفر اغاث دموية موضعية

والقول بأنه ينشأ عن الاحتقان الشديد للنخاع الشوكي تشنجات غير مقطوع
بها فان وجود كمية عظيمة من الدم في أوعية هذا العضو عند فتح جثته
الانفصاف المالكين بنوب تشنجية شديدة يمكن اعتباره كنتيجة التشنجات
وليس سببها

وكذا يقال في احتقان النخاع الشوكي الذي يشاهد في جثة المالكين
بامراض حية ثقيلة وفي الارتباط بينهما وبين اعراض الحمى
وهناك حالة مخصوصة تسمى بتنجع النخاع كثير اما أطنب فيها المؤلفون زمتنا
طويلا وهي عبارة عن أحوال مرضية تكون فيها الحساسية متزايدة جدا
هناك الضغط على التنوات الشوكية وعن ميل عظيم وارتقاء واضح في حصول
حركات انعكاسية وثوران في الحساسية العمومية وهذه الاعراض توجد بكثرة
كالم الرأس في امراض حادة ومن مئة بدون أن يمكن توجيهها وعلى كل حال
فلا يستنتج من تلك الظواهر المرضية دائما وجود احتقان في النخاع الشوكي

المعالجة

في الاحوال التي فيها يمكن معرفة الاسباب التي ينفع عنها احتقان النخاع
الشوكي تستدعي المعالجة السببية لهذا المرض تبعيدا لاسباب المذكورة
وأما الاحتقان نفسه فيوصى فيه اذا ارتقى لدرجة عظيمة باستعمال

الاستفراغات الدموية الموضعية اما بواسطة المحاجم التشرطية أو بإرسال
 العلق والاجود استعمال الاولى على طول العمود الفقري والثانية على دائرة
 الاست أو عنق الرحم خصوصا في الاحوال التي يوجد فيها امتلاء دموى
 بعاني وذلك بالنسبة لاستطراق أوعية الحوض بأوعية القناة الفقرية
 واستعمال الجواهر الدوائية المسهلة لاسيما الاملاح المتعادلة والحامات
 القديمة والمهرفات على الجلد تساعد الاستفراغات المذكورة مساعدا
 تامة ونباح هذه الطريقة العلاجية قد يتبعها الحكم على حقيقة التفضي
 * (المبحث الثاني) *

في نزيف التضاع الشوكي ولقائمه

(المعروف بالسكنة التضاعية الشوكية)

الانسكابات الدموية بين الفقائف الشوكية وجوهر التضاع الشوكي تعد من
 الظواهر النادرة بقطع النظر عن البقع البكموزية الصغيرة التي
 تصاحب احتقانات هذا العضو الشديدة والظواهران كلان الاستقالة
 المرضية لجدر الاوعية وازداد بضغط العمود الدموى في الشرايين اللذين هما
 السببان الرئيسان للانزفة الدماغية ليس له تأثير في احداث الانزفة التضاعية
 فشكايا الانزفة الشوكية داخل المصا باتنتج دائما عن اصابات جرحية لهذا
 العضو كجروح العمود الفقري ورضه وقترقه وأكثر ما يشاهد هذا النوع من
 الانزفة في الاطفال المولودين حديثا ويوجه ذلك بسهولة بالجذب الشديد
 والتزق الذي يكايده العمود الفقري أثناء الولادة الشاقة وأما الانزفة
 الدموية داخل جوهر التضاع فيظهر ان اغلب منشأها ظاهرة النهاية
 لبعض الامراض المزمنة المفسدة للتضاع الشوكي ويندر ان تنشأ عن اصابات
 جرحية في العمود الفقري

ثم ان الانسكاب الدموى الذي يختلف الانزفة السحائية الشوكية يكون غالبا
 عظيما وأكثر ما يجمع في الجزء السفلى للقناة الفقرية فبلا امتداد اعظيما من
 المسافات تحت العنكبوتية وأما نزيف الجوهر التضاعى الشوكي ففيه يكون
 جوهر هذا العضو مستحيلا الى مادة عجيبة والتغيرات التي تسببها
 البورة السكية التضاعية عند مكثها زمانا طويلا قليلة المعلومات بالكلية

والظاهر

والظاهر انها مائلة للتغيرات التي تعترض البورة المحيطة بالسكنية عند استقرارها زمانا طويلا

ومن الواضح ان أوعية الفخاع الشوكي لا تنضغط بواسطة الانسكاب الدموي داخل لفائف هذا العضو وتصل للدرجة التي بها يمنع بالكلية ورود الدم الشرياني اليه وبذلك تنطفئ قابلية تنبيه الالياف العصبية بالالتدريج وفي العادة يشاهد ان ظواهر الشلل في الانسكابات الدموية من السحايا الشوكية تسبق بظواهر تهيج كالام الظهر الشديدة الكثيرة الامتداد والتشنجات سيما المستمرة التي في الاجزاء الناشئة اعصابها اسفل محل التزيف كالتي تنشئ من الحلق والتشنجات والانقباضات العضلية للأطراف ثم يعقب هذه الظواهر عند ما يكون الانسكاب الدموي غزيرا شل في الحس والحركة يصيب الاجزاء التي اعصابها ناشئة من الجزء الفخاعي المنضغط وان أصاب الشلل عضلات التنفس أيضا حصل الموت بسرعة وفي عكسه العكس يعني اذا لم يصيب فان الموت يكون بطيئا ومن المشكوك فيه كون اتصال التيارات العصبية يعود بعد الامتناع الدموي ويتم الشفاء ثم انه لا يحكم بالاعراض المذكورة على تشخيص نزيف متجاوئ شوكي الا اذا سبقها اصابة جرحية في العمود الفقري فان لم يقصق ذلك وانهم -م السبب فان تشخيص هذا المرض لا يكون أكيدا وحيث انه بواسطة نزيف الفخاع الشوكي نفسه يحصل في المحل المتجمع فيه الدم تمنك تام في جوهر الفخاع الشوكي فلا بد وان يعترض تواصل التنبيه العصبي من الدماغ الى الاعصاب الذائرية ومنها الى الدماغ اقطاع بجائ خال حصول التزيف في هذا الشكل من السكتة الفخاعية وكلما طرأت بسرعة امراض هذا الاقطاع التي هي فقد احساس النصف السفلي من الجسم واقطاع تأثير الارادة عليها المصوب بشلل في المشاة والمستقيم أمكن تقريبا ان يحكم بان فساد جوهر الفخاع حصل بسرعة بواسطة الانسكاب الدموي لا تدريجا بواسطة الالتهاب أو الالين أو الضغط وحينئذ يحصل الموت بسرعة اذا كان مجلس الانسكاب الدموي في الجزء العلوي من الفخاع بحيث تنشل عضلات التنفس وأما اذا كانت الاصابة والفساد في الجزء السفلي من الفخاع فان حصول الموت يكون بطيئا ورمما تداوى عدة سنين وتكون في

الغالب فاجتمع الغنغرينا الوضعية أو الالتهاب المشافي الحبيث الذي يصحب شلل المشانة وحيث لم يكن للصناعة مقدرة على احداث امتصاص الانسكاب الدموي وتعويض ما فقد من الالياف العصبية كانت معالجة السكتة الشوكية عرضية ففي الابتداء ينبغي استعمال الاستفراغات الدموية عموماً عند الانحطاط الاقويا البنية أو الاستفراغات الوضعية المتكررة بواسطة ارسال العلق أو المحاجم ووضع ثمانية ثلثة بالجلد على الجزء الذي يظن فيه انه مجلس للانسكاب الدموي وذلك اذا اشتكى المريض بالآلام في الظهر شديدة وكان عنده ظواهر النهاية ثم يجتنب في منع حصول الغنغرينا الوضعية بوضع المريض غالب أوقاته وضعا جانبيا واستفراغ المشانة مع الاحتراس زمنافز مناوالالتهفات لتغذيته مع الراحة والتدبير الغذائي اللطيف كما يفعل في غير هذا التزيف من الانزفة الباطنية وعند ظهور ظواهر الانحطاط والمهبط يمكن استعمال الوسائط المنعشة وقتيا وكذا المحولات الجلدية وان اشتد ألم الظهر جدا وجب استعمال المورفين والثلل الذي يخفف هذا المرض ينبغي معالجته بواسطة بودور البوتاسيوم بقصد تخريف الامتصاص وما عدا ذلك يعالج بما سئذ كره من القواعد في معالجة شلل النضاع الشوكي وأغنياء المرضى المصابة بالسكتة الشوكية والثلل الناببي يمكن ارسالها الى الحمامات المعدنية الحديدية كولد باد وفرو جستن لكن كلما كان التثقيص أكيدا كان العشم بالنجاح قليلا

﴿المبحث الثالث﴾

(في التهاب المصايا الشوكية)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

التهاب الام الجافية لا يظهر على شكل مرض أولى مطلقا بل كثيرا ما يصاعف جروح العمود الفقري وبالحصوص التهاباته كما ان التهاب العنكبوتية لا يكاد يشاهد الا مصاحبا لالتهاب الام الجافية أو الام الحنون و ربما شوهد التهاب العنكبوتية المزمن على حالة مرض أولى ذاتي بدون سبب معلوم يحال عليه وينتج عن هذا الالتهاب تكاثف جزئي في العنكبوتية وتغضات فيها وأما التهاب الام الحنون الناتج عن مؤثرات وبائية فقد

ذكرناه في أمراض الدماغ وبهيناه بالالتهاب المصائي الشوكي وزيادة عن هذا الشكل من التهاب الام الحنونة الشوكية يشاهد التهاب هذا الغشاء منفردا ناشئا اما عن اصابات جرحية أو عن امتداد التهاب الام الجافية الشوكية الى الام الحنونة كما انه قد يشاهد أحوال ذاتية من هذا الالتهاب تنج عن تأثير البرد ونحوه من المؤثرات المضرة على الجسم ولوان ذلك نادر الحصول جدا

* (الصفات التشريحية) *

التهاب الام الجافية الشوكية يندر أن يكون عمدا في سطح متسع من هذا الغشاء بل الغالب أن يكون قاصرا على بعض اصغاره ويظهر الجزء المتهب في الابتداء محتقارا طبار خوام يتغير لونه ويصير سهل القزق ويغطي احيانا بنضج قهبي وانتهى آت هذا الالتهاب اما حصول تكاثفات ونضج بعض اصغار الام الجافية والنساقها بالعظام الفقرية المتصاقا متينا أو بتثقب الام الجافية بواسطة القيج المتجمع بينما وبين العظام الفقرية والتهاب مصائي شوكي منتشر تبعاً لذلك واما التهاب العنكبوتية المزمن فيختلفه تكدرات لبنية في هذا الغشاء وتكون صفيفات غضروفية أو عظمية في حجم العدسة ذات سطح باطن خشن ووسطه ظاهرا ملس وهذه الصفيفات تكون بعدد عظيم متراكمة خصوصا في الجزء السفلي من النخاع الشوكي

وأما التهاب الام الحنونة فالغالب أن ينتشر على معظم سطح هذا الغشاء وفي شكاية الحاد تكون كثيرة الاحتقان منتفخة رخوة ويوجد في المسافات تحت العنكبوتية نضج قهبي ندي غزير ويكون كل من الام الحنونة والعنكبوتية مغطى بنضج غشائي وفي الغالب يكون النضج الشوكي باهتا قليل الدم ويندر أن يكون محتقنا مسترخيا أولينا وفي الاحوال المزمنة من هذا الالتهاب كثير ما يتراكم في القناة الفقرية نضج مصلي بحيث يظهر ان أغلب احوال الاستسقاء المصائي الشوكي المزمن ناشئ عنه وكما ذكرنا انه كثير ما يوجد في الصفات التشريحية في جثة السكرى تكاثفات ونضج أو ذبماوى في أغشية الدماغ وينسب ذلك لتغير التهابي مزمن فيها فكذلك نقول ان تجمع كمية عظيمة من السائل المصلي في المسافات تحت العنكبوتية الشوكية

ينسب لاضطرابات النهاية في الاغشية الفقرية متى لم تكن ظاهرة من
ظواهر الامتسقاء العمومي أو تابعة له هو ر الخناج الشوكي ومع ذلك يعسر
علينا من حالة توتر الام الجافية الشوكية قبل شقها ومن كيسة السائل
المنصب بعده معرفة كيسة المواد المصلية المتجمعة في المسافات تحت
العنكبوتية أهي متزايدة أم لا وكما كان السائل المصلي الخارج أكثر
تغكرا وملتونا بلون الدم كان الاقرب للعقل نسبة ذلك الى الالتهاب المصاحبي
الشوكي المزمن

* (الاعراض والسير) *

التهاب الام الجافية الشوكية لا يكون مصحوبا بظواهر مرضية واضحة
كثيرة الوضوح الا نادرا ما لم يؤدي الى تثقب في الدجيا الشوكية وانسكاب
القحج المتجمع في المسافات تحت العنكبوتية الشوكية واحداث التهاب منتشر
في الخناج الشوكي بالتبعية لذلك فانه لا يكاد يمكن بت الحس عند تشكي
المرضى المصابين بأفات جرحية في العمود الفقري أو تسوسات فيه بالام في
الظهر بان هذه الآلام هل هي ناشئة عن التهاب الام الجافية الشوكية أو
عن التهاب العظام أو الاربطة الفقرية

وكذا الظواهر المرضية لالتهاب العنكبوت في المزم الذي يتكون عنه
الصفائح الغضروفية السابق ذكرها غير واضحة بالكلية

وأما التهاب الام الحنون الحاد فيكون مصحوبا بظواهر تخرج شديدة في مجموع
أعصاب الخناج الشوكي يعقبها ظواهر شال وبهذه الاعراض وتعاقبها
لبعضها يعرف هذا الالتهاب معرفة تامة فان المرضى بعد ان تحس بقشعريرة
تشكي بالام شديدة في الظهر مع تمادي الاعراض الحسية واستمرارها
وهذه الآلام ترتقي وتشتد بآدي حركتها بالضغط على العمود الفقري وتصبح
غير مطابقة بنضم لهذه الآلام الاطراف وكل من الآلام الظهرية
والدايرية التي تشتكي بها المرضى توجه بالتهيج الذي يعتري الأعصاب
الحسية داخل القناة الفقرية عقب التهاب اغذتها وكذا من الظواهر
اللازمة لهذا المرض الانتفاضات العضلية المستمرة في عضلات الجذع
والاطراف وبذلك ينشأ التيتنوس الخلفي وانتفاض الاطراف انتفاضا

شديدا وهذه الانقباضات الدائمة التي يمكن احداثها بالصناعة في بعض
 الحيوانات كما هو معلوم بواسطة التيار الكهربائي قد يحصل فيها انقباضات
 تارة وثوران تارة أخرى والثوران في هذا المرض يحصل بواسطة تحريك
 العمود الفقري لا عقب تهيج جزء ما ترى من الجسم كما في التيتنوس وهذا مما
 يثبت ان المشججات المستمرة الناتجة عن الالتهاب العصبي الشوكي ليست
 ناتجة عن ثوران الفعل العضلي المنعكس وارتفاعه بل هي نتيجة التهيج الذي
 يعتري الاعصاب المحركة عقب التهاب أغشيائها وهذا الانقباض المستمر
 الشخصي في عضلات الجسم الذي لا يسمع للريض بفعل أدنى حركة ولو كان
 غير منسل يعقب احيا ناخوب تشنجية ومتى اشتكرت أعضاء التنفس في هذا
 التشنج التيتنوسي تعذر التنفس وحصل الموت بسرعة بخلاف ما اذ لم تصب
 عضلات التنفس فانه يحصل تحسين تدريجي في حالة المريض لكن الغالب
 ان يحصل شلل في النصف السفلي أو ارتفاع في الاعراض الحية فيملك المريض
 اما بامتداد الشلل الى الخضاع المستطيل أو بالهوكة التي تعقب الظواهر الحية
 وأما التهاب الام الحنون المزمن الذي سنذكر اعراضه عند اعراض
 الامتناع الشوكي العارضي فليس تكون آلام الظهر واهية جدًا وربما
 خفيت وعلى العكس من ذلك يشاهد في ابتداء هذا المرض احساسات مؤلمة
 في الاطراف واضحة جدًا بحيث يفت في هذا المرض و يلتبس بالآلام
 الروماتيزمية الدائرية وأهم اعراض هذا الشكل من الالتهاب ظواهر الشلل
 النصف السفلي التي تبدأ من الاطراف السفلى ثم تمتد الى المشانة والمستقيم
 ثم الى الاطراف العليا وهذا الشلل يكون في الابتداء غير تام ثم يرتقي الى
 شلل تام في النصف السفلي ويصعب احساس بتفل وخدر في الاطراف السفلى
 وهي ظاهرة تسبق فقد الحساسة وشلها الذي يندر أن يرتقي الى درجة تامة
 و ثم أحوال من هذا القبيل من حيث نصف الشلل السفلي في زمن قليل جدًا
 ويكون مسبوقا باحساسات مؤلمة في الاطراف تعتبر روماتيزمية بحيث ان
 الشلل يصير تاما احيا نا في ظرف أيام قلائل (وهذا هو المعروف بالاستسقا
 الشوكي الروماتيزمي) والشلل حينئذ اما أن يبقى على الدرجة الاولى
 التي ارتقى اليها أو يتناقص قليلا وفي أحوال أخرى يرتقي الشلل النصف

السفلى ببطء ارتقاء تدريجياً بكيفية خفيفة وفي هذه الاحوال يكون العشم
بمحصول التحسين وتناقص الشلل قليلاً جداً ولوانه يظهر من حالة المريض
تعاقدات بين الجودة والرداءة وأغلب المصابين بهذا المرض يملكون بعد
زمن اما كثير الطول أو قليله يامتداد الشلل الى الخنق المستطيل
وبالغنىرينا الموضعية أو بالالتهابات المثانية التزلية ثم ان شلل النصف
السفلى زيادة عن كونه يحصل في أحوال الالتهاب السحائي الشوكى المزمن
بموجب غير هذا المرض من أمراض الخنق الشوكى وأمامشى المريض
فليس واصفاً للشلل هذا المرض بل لا يختلف عن شكل شلل النصف السفلى
في غير هذا المرض من أمراض الخنق فان القول بان ظواهر الشلل
الناشئة عن تجمع سائل في القناة الفقرية تتزايد عند وقوف المريض
وتتناقص حال استلقائه على الفراش بسبب توزيع السائل توزيعاً
مستوياً يبنى على نظريات لاه شاهدات أكيدة فالذى يرتكن اليه في تمييز
الالتهاب السحائي المزمن والاستسقاء الشوكى العارضى عن غيره من أمراض
الخنق الشوكى ظواهر التيج سيما الاحساسات الأولية في الاطراف التي
تسبق الشلل وامتداد هذا الشلل من أسفل الى أعلاه بالتدريج فان سير
الشلل بهذه المثابة لا يوجد اذا كانت اصابة الخنق الشوكى في بورتات
منعزلة وبالحصوص يعتمد في هذا الامر على السير المختلف في هذا المرض
بوجود ثوران وانحطاط فيه لا يوجد عند حصول تغيرات مفسدة للخنق
الشوكى

(المعالجة)

الالتهاب السحائي الشوكى الحاد يستدعى معالجة مضادة للالتهاب قوية
جداً لاهما ارسال العلق ووضع المحاجم التشريطية على جانبي العمود
الفقرى واذا كان ينبوع هذا المرض اصابة جرحية ينبغي استعمال التبريد
القوى على الظهر بواسطة مثانة بمثانة بالجليد أو الرفايد الجليدية مع
التكرار وفي الاحوال الحديثة جداً الامتناع من استعمال الدلك بالمرهم
الزيتى وتعاطى الزبيب الحلو من الباطن وعندما تكون آلام الظهر
والانقباض العضلى شديدين جداً يستعمل الحقن تحت الجلد بالمورفين

وعند انتهاء الدور الاول من هذا المرض واستطالة مدته ينبغي وضع المحولات المنقطة الطيارة على جانبي العمود الفقري بان يبتدئ بها من أعلا القفا ويكرر وضعها على الظهر حتى يصل الى القسم العجزي ثم يبتدأ بها ثانية من الاعلا والظاهر ان المحولات المنقطة أقوى تأثيرا في هذا المرض من المقص والمحاور التي يفضل استعمالها في أمراض العمود الفقري بل وفي أحوال التهاب الخضاع الشوكي نفسه القاصرة على يورات متعددة مع اعطاء يودور البوتاسيوم من الباطن ومن الجيد في الاحوال المزمنة من هذا المرض استعمال الحمامات التشنجية بالماء البارد أو الصب لاسيما المداومة على الحمامات الفاترة البسيطة أو القلوية أو الحديدية أو المياه الامة أو الكبريتية وفي الانتهاء يجوز استعمال السكر باثبة وشهيرة هذه الواسطة العلاجية في أشكال شلل النصف السفلي مبنية بالاكثر على منفعتها في أحوال التهاب السحايا الشوكي المزمن ولقائفه

(المبحث الرابع)

في التهاب الخضاع الشوكي

متسكلم في هذا المبحث ايضا على لين الخضاع الشوكي وتبيسه فان كلامنا هاتين الاسماتين المرضيتين يعتبر الى وقتنا هذا انتهاء الالتهاب الخضاعي أو شكاك منه (يقطع النظر عن لين هذا العضو الذي ينتج عن انسكابات دموية أو ارتشاح أو ذيماوى فيه)

(كيفية الظهور والاسباب)

التهاب الخضاع الشوكي يؤدي لتغيرات جوهرية مشابهة لما يحصل في الدماغ من الالتهاب فانه في هذا الالتهاب لا يتكون نضج غزير بين خلايا جوهر هذا العضو بل ان أجزائه العصبية تسكب اضطرابات غذائية التامية ثم تلتشى وتفسد بالسكية كما تفسد وتلتشى الخلايا والالياف العصبية في الدماغ عند التهابه

ثم ان التهاب جوهر الخضاع يعتبر مرضا نادرا يقطع النظر عن الاحوال التي فيها يمتد الالتهاب من الفقرات الى الخضاع نفسه وهو امر كثير الحصول فان أغلب شلل النصف السفلي من الجسم الذي يشاهد في ميراث التهابات القناة

الفقرية وتقوساتها ليس نتيجة الضغط الواقع على التضاع الشوكي من تقوس العمود الفقري وانحنائه بل نتيجة امتداد التهاب من العمود الفقري الى السحايا الشوكية ومنها الى التضاع الشوكي نفسه والذي يؤدي ما ذكرناه المشاهدات التي تثبت كثرة وجود الشلل في أحوال التهابات العمود الفقري قبل حصول تقوس وانحناءه والتي ثبت فيها عكس ذلك وهو انه كثيرا ما يوجد تقوس وانحناء واضحا في هذا العمود بدون ظواهر الشلل وبعد استمرارها سنين عديدة يتضاعف هذا التقوس بدون ازدياده دفعة واحدة أو عقب حصول آلام شديدة في الظهر فهذا يدل على ان حصول الشلل في مثل هذه الاحوال نتيجة امتداد التهاب الى التضاع الشوكي وليس من الضغط الواقع عليه بتقوس العمود الفقري وأقل من التهاب العمود الفقري انتاجا لالتهاب التضاع الشوكي الاصابات الجرحية للعمود الفقري ورضه والتولدات العظمية الزهرية واحيانا يظهر هذا التهاب حول التولدات المرضية الجديدة أو البورات الدموية التي تحصل في القناة الفقرية

وبالجملة فانه يعد من أسباب التهاب التضاع الشوكي الاغراط في الجماع والتعب المفرط وتأثير البرد على الجسم وانقطاع افراز عرق القدمين فجأة وان لم يتحقق في مثل هذه الاحوال ان هذا التهاب نتيجة الاسباب المذكورة أو غيرها من الاسباب المجهولة وانما يقال عند شلل النصف السفلي الناتج عن أسباب غير واضحة ان المريض أفرط في الجماع أو التعب الشاق أو عدم جودة المعيشة

* (الصفات التشريحية) *

قد يكون التهاب التضاع الشوكي قاصرا على بعض بورات وحينئذ يستدأ من الجوهر النخاعي ويمتد حتى يعم جميع سمك التضاع وقد يستدأ من الجوهر النخاعي أيضا على شكل لين مركزي ويمتد امتدادا عظيما لكن يندران يعم الجوهر الأبيض من هذا العضو

وفي ابتداء الاحوال المذكورة اعني عندما يكون التهاب قاصرا على بعض بورات يكون التضاع منتفخا وعند شقه بسيل منه مادة عجيبة رخوة قليلا أو

كثير الحجر اللون (ويسمى اللين الاحمر) وعند استمرار هذه الحالة زمنا طويلا يتقلب لون هذه المادة الى السمرة أو الاصفرار بسبب تغير المادة الملونة للدم - و- حول استحالة شحمية في الاجزاء العصبية المنفسدة (ويسمى حينئذ اللين الاصفر) ومن النادر استحالة البورة الالتهابية في النخاع الشوكي الى بورة نصية عقب تكون أخلية نصية فيها كما يكون ذلك بكثرة في الدماغ والغالب ان تكون الهياكل الشوكية مشتركة في الالتهاب ويمكن ان يحصل من تلافى الاجزاء العصبية المنفسدة وامتصاصها في أثناء سير التهاب النخاع المحدود تكون كيس محتلى بمادة مصلية ومحاط بمنسوج خلوي رقيق واحيانا يحصل تيسر في هذا العضو عقب نمو وتكون الباف خلوية جديدة وهذا التيسر يكون شاغلا لبلعض اصفار النخاع فتكون مغطاة بياضة متلونة بالاصفرار عقب رسوب مواد ملونة مصفرة فيها وهذه الاجزاء المتبسة تشابه اللغم المصفرة المتبسة التي ذكرنا انها تختلف الالتهاب الدماغي الدائري المحدود

وفي الشكل الثاني من هذا الالتهاب اعني اللين المركزي يكون النخاع الشوكي قليل الانتفاخ وعند شقه يوجد الحد الفاصل بين الجوهر السنجابي والايض من هذا العضو غير واضح ولون جوهر داهك كنهج عروق واما متناصا وعند ما ير من هذا المرض سيما في الاحوال الواضحة يكون النخاع الشوكي كثير الانتفاخ وفي مركزه مادة عجينية ماثلة للسمرة أو اللون الصدائ أو الاصفر وفي هذا الشكل ايضا يمكن ان تمتص الاجزاء العصبية المنفسدة ويحل محلها سائل ينسكب بحيث يكون في مركز النخاع مسافة خالية من مادة بهذا السائل ومحاطة بمنسوج خلوي رقيق جدا

في الاعراض والسير

حيث ان الالتهاب النخاعي الحاد يصطبغ على الدوام بالالتهاب البصائي الشوكي فلا بد وان يكون هذا المرض مصحوبا بالقواهر المرضية بالالتهاب البصائي الشوكي التي تكلمنا عليها في البحث السابق ومن اعتبار بعض التنوعات فقط في اعراض المرض يمكن الحكم بان نفس النخاع الشوكي ملتهب ايضا مع الهياكل فيموجب ابتداء هذا المرض الذي يكون مصحوبا

بظواهر جية وآلام كثيرة الشدة أو قليلتها في الظهر والاطراف
وانقباضات تشنجية في عضلات الظهر والعنق مع انقباضات في عضلات
الاطراف تتعاقب بنوب تشنجية فيمساو عسر عظيم في التنفس في الاحوال
التي تشترك فيها عضلات الصدر في الانقباض التشنجي وكلما كانت
آلام الظهر محدودة في صغر مخصوص وكانت الآلام الدائرية أكثر
وضوحا والتشنجات شاملة لبعض الاجزاء الناشئة اعصابها من اجزاء معلومة
من الخضاع وكان شلل النصف السفلي متقدما الحصول واعقب ظواهر التيج
بمرعة يمكن القول بان الخضاع الشوكي هو الملتب وفي بعض احوال هذا
المرض الحديث يمكن ان ترتقي هذه الظواهر في اقرب وقت الى درجة عظيمة
جدا بحيث يهلك المريض في أيام أو اثل الاصابة عقب اضطراب التنفس
والدورة وقد يحصل في بعض الاحوال تلطيف في الظواهر المرضية المذكورة
غير أنه يعقبها شلل في النصف السفلي غير قابل للشفاء والاحوال المرضية التي
يكون سيرها بهذه المثابة نادرة الحصول ويكاد منشأها يكون على الدوام ناتجا
عن امصابات جرحية أوخراجات انفصت في القناة الفقرية

وكذا التهاب الخضاع الشوكي المزمن يسبق بظواهر تيج لكن حيث كان
اشتراك المصاب في هذا الالتهاب المزمن البطئ السير قليلا غير متدقظوا
التهيج المذكورة تقتصر في الغالب على آلام غير قارة وحاساس تتمثل في
الاطراف وانقباضات عضلية مؤلمة وفتية ومع ذلك فالمرضى يشكون في
كثير من الاحوال بالأم أهم في جزء العمود الفقري الموازي للصفير الملتب من
الخضاع وهذا الام يتزايد بالضغط على النتوءات الشوكية لاجل كان العمود
الفقري وهذا أمر مهم في التشخيص التمييزي بين التهاب الخضاع الشوكي
والدهس الشوكية واحيانا ينضم لهذا الام احساس بمنطقة صلبة محيطية
بالجذع وفي احوال أخرى قد يفقد الام الذاتي لكن الفقرات تكون شديدة
الحساسية عند الضغط عليها وعند مس الظهر بامشاط منغمسة في الماء
الحار يشاهد ان الجزء المصاب بالالتهاب كثير الحساسية دون غيره من باقي
الاجزاء وينضم لهذه الاعراض التي لا يرتكن اليها في غالب الاحوال ثقل في
الاطراف السفلى وكلما كان مجلس الالتهاب مهيبا لاجزاء أكثر ارتفاعا

من التضاع كان الشلل أكثر امتدادا فان كان الجزء القطني هو المصاب حصل شلل في الاطراف السفلى وان كان الجزء الظهري هو المصاب اشتركت العضلات العاصرة في الشلل وان كان الجزء العنقي هو المصاب امتد الشلل الى الاطراف العليا والى عضلات الصدر الموازية له وشل النصف السفلى يكون محبوبا بانستازيا هذه الاجزاء أى فقد حساسيتها لكن الغالب ان يكون فقد الحساسية عظيم جدا بحيث لا تتأثر المرضى من المنبهات المهيبة الظاهرة التي تؤثر على النصف السفلى من الجسم وحيث ان حساسية الاطراف السفلى تكون متناقصة فالمرضى لا تحس بارتفاع الارض التي يمشون عليها ولا انخفاضها ولا انهم عند المشي يرفعون أطرافهم السفلى الى أعلا خوفا من العثرة والسقوط وعند تقيض اعينهم لا يمكنهم المشي بالكلية بل عند وقوفهم يهتزون ثم يسقطون على الارض مالم يرتكنوا على شئ وحيث لم تكن عضلاتهم طوع قدرتهم تجدهم لا يضعون أقدامهم على الاصفار المرادة لهم بل يجوارها وحيث لم تسكن لهم قوة ارادية في عضلاتهم حسب ما يشاؤون فلا يمكنهم ان يتركوها تسترخي بدورها ولا يضعون أقدامهم حال المشي مع السكون والتثيدة بل تسقط فجأة بعد رفعها بالقهر عنهم فلذا ترى مشي الانحطاص المصابين بشلل النصف السفلى متزايدا بدون طوع ولا اختيار

ومع ارتفاع هذا الشلل وفقد الحساسية بالتدريج الى أن يصل الى درجة عظيمة جدا فحصل احيانا انقباضات تشنجية مؤلمة في العضلات المنشلهتزمنا فزمننا وهذه الظاهرة توجه بسهولة بامتداد التهاب الى الاعصاب المحركة المتوزعة في الاطراف السفلى ولوانقطع اتصالها بالالياف العصبية المركزية وفي الاحوال التي يكون فيها اتصال الاعصاب المحركة بالالياف العصبية المركزية متقطعا بالكلية بحيث لا يمكن احداث انقباضات عضلية حسب الارادة لا يفقد انتقال التنبيه من الالياف العصبية الحساسة الى الالياف العصبية المحركة حتى يتعمر او يتعذر حصول الانقباضات العضلية المنعكسة بل بعكس ذلك يشاهد ان التنبيه المنعكس في الاجزاء السكائنة أسفل محل انقطاع التيار العصبي الارادى يكون متزايدا

لامتناقضا وهذه المشاهدات المرضية تطابق بالكلية التجارب الفسيولوجية
اذ من المعلوم ان ظواهر الانكماش تحصل في الحيوانات التي يقطع رأسها
بكيفية سهلة دون الحيوانات التي لم تزل اعصابها المحركة تحت الارادة فقد
شاهد في بعض الاحوال أنه مع وجود شلل تام في النصف السفلي عقب
التهاب في العمود الفقري تحصل حركات انعكاسية واضحة في الاجزاء المنشلة
باقل ملامسة تقع على جلد الاطراف السفلى في أى مفركان بحيث يحصل
عند هذه الملامسة انقباضات عضلية تشجية ومن الغريب ان ازدياد الفعل
المنعكس في مثل هذه الاحوال يتناقص أو يزول بالكلية عند حصول تحسن
في الشلل أو شفاؤه بحيث يعود تأثير الارادة على الاعصاب المحركة
لل اطراف السفلى ثانيا وسير الالتهاب النخاعي الزمن واتهاؤه يختلفان
اختلافا تاما فقد يستمر هذا المرض مدة سنين ومن المشاهد بكثرته انه يرتقى الى
درجة تمام يحصل فيه تقدم نحو الجودة أو الرداءة ومن المرضى من يمضى حياته
مع شلل النصف السفلى مباشر الاشغاله خصوصا بعض العلماء أو الشغالين
ياشغال قصص اليدين بدون التفات الى حالة الشلل والاحوال التي ذكر فيها
تحسين الشلل أو شفاؤه تنسب كما ذكرنا لالتهاب العصباني الشوكي لالتهاب
التضاع نفسه حيث انه لا يقرب للعقل ان الاجزاء العصبية المتفسدة في امتداد
هظيم تستعاض ثانيا والالتها بالشفاء الجروح القطعية للاعصاب لا ينافي
ذلك والالتها بالاموت هو الاكثر حصولا في الالتهاب النخاعي الزمن بعد
تصادى المريض على الفراش من اطو يلا وهذا الالتهاب يحصل بالغفريتها
الوضعية أو بالالتهاب المثاني الذي ينشأ من احتباس البول ان لم تهلك المرضى
قبل ذلك بالدرن الرئوى أو بامراض طارئة أخرى

المعالجة

في الاحوال المرضية الحديثة متى استبدل بالاعراض الحمية وآلام الظهر
والالام الدائرية وغيرهما من ظواهر التيج على ان النخاع الالتهابي في التضاع
موجود يوصى باستعمال المعالجة المضافة لالتهاب القوية بواسطة
الاستفرغانات الدموية الموضعية المتكررة والوضع الممفر للثانة الجليدية على
العمود الفقري مع حفظ الراحة التامة وكذا الوضع المتكرر لرجلهاز المحجم

الغمدى لقيسينوس على أحد الاطراف السفلى قديسكون ناجحاً فيما اذا
اسقرت الالام عقب الاستفرغات المذكورة ثم يحصل فيها تناقص عقب
وضع هذا الجهاز وكذا استعمال المركبات الزئبقية كالزئبق الحلو ولا سيما
الذي بالمرهم الزئبقي المسفر حتى يحصل التلاعب قد يتحصل منه على فائدة
عظيمة في الالتهاب النخاعي الشوكي الحاد كما يحصل في غير هذا الالتهاب
من الالتهابات المهمة وذكر برونسكار دان استعمال كل من الاترويين وست
الحسن نافع وذلك لانهما يجذبان تناقصا في الاحتقان بسبب تأثيرهما المحدث
لانكما شفي الاوعية لكن لم يتأيد ذلك بتجارب غير من الاطباء ولا ينبغي
الاعمال في استعمال المحولات على القناة المعوية

وعند تقدم سير هذا المرض أوفى ابتداءه ان كان كامناً بطيئاً لا تتم
الاستفرغات الدموية ولا المهيجات على قسم الظهر المرض كالحرار يقي
والدلك بالمرهم المنفطة حتى يحصل الطفح بل تستعمل الوسائط المدوحة
سابقا وهي المقص والحديد المحمي والحترام التي قل استعمالها في وقتنا هذا
وذلك لانها اعتد الشك في نجاحها تكون مؤنة للمريض جدا لکن ينبغي
الالتفات لانتخاب محل وضعها خصوصا عنده مثل هؤلاء المرضى الجبورين
على الوضع المستنقي على الظهر بسبب الشلل وذلك لسهولة حصول
التغفرينا الوضعية عندهم و بعد انتهاء المعالجة المضادة للالتهاب يمكن
بقصد سرعة الانتعاش استعمال بودور البوتاسيوم مدة أساييع بل ومن
الجاثر تكرار استعماله لکن من المعلوم انه قليل الجدوى في الالتهاب
النخاعي وكثيرا في الالتهاب السحايا القذافية

وعند ما يحكم من اسقرار الطواهر المرضية على حالة واحدة بان دور
الالتهاب قد انتهى يجب الانتقال لاستعمال معالجة منبهة قوية بقصد
انتعاش وظائف النخاع التي نخت ونحط والكهربائية التي هي المؤثر
القوى في معالجة الشلل كما هو المعلوم لم تكن تستعمل سابقا الا في الادوار
المتأخرة فانه يخشى من استعمالها في اثناء دور الالتهاب من ازدیاد التبرج
ولکن في العصر المتقدم قد صار استعمالها بالاقبل على صفة التيار المسفر
في الاشهر الاول من هذا المرض متى كان الالتهاب ذا سير من من الابتداء

بل ونسب لها في مثل هذه الاحوال تأثير مضاد للالتهاب ومثل التجربة
 بالمعالجة الكهر بائية المبادر بها يحتاج لاحتراس عظيم بمعنى ان يستعمل
 في الابتداء كهر بائية ذات تيار خفيف جدا حتى لا يكاد يدركه المريض
 الا قليلا ويوقف استعمال هذه المعالجة متى ازدادت ظواهر التهييج وفي
 الادوار المتأخرة لهذا المرض يستعمل لمضاربة الشلل المتخالف عنه
 تيار كهر بائي قوى صاعدا غير مؤلم كل يوم من دقيقتين الى خمسة مع
 الاستقرار على استعماله جملة أشهر اذ قد دلت التجارب على ان التحسين قد
 يحصل متأخرا جدا بعد قطع العشم من وقوعه فان معظم نجاح المعالجة
 الكهر بائية واضح في احوال الشلل النخاعي

وأما الاستر يكتنن الذي كان يستعمل سابقا بكثرة فلا يستعمل الآن مع
 الكهر بائية التي هي أقوى وأجود تأثيرا منه الابتدرة ويجوز استعماله
 عقب انقضاء الالتهاب في احوال الشلل المزمن الغير المحبوس بهر كات
 انعكاسية ومن الوسائط المنبهة المستعملة في هذا المرض الحمامات الحارة
 التي يهرارها تحدث تأثيرا منها من الدائرة للتركز على الاعضاء المركزية
 بواسطة الاعصاب الجلدية ولذا تستعمل بكثرة في احوال شلل النخاع عقب
 انتهاء دور الالتهاب مع التجاح وتستعمل اما الحمامات الحارة الاعتيادية
 في الحياض ولا سيما المياه الحارة الطبيعية كما فلباد وتيبلتس وجاستين
 ورجانس ونحو ذلك وفي الاحوال التي فيها قابلية التنبيه قليلة تستعمل
 المياه المحمية القلوية الفاترة كارييه ونوهين بل والحمامات العطرة وعند
 ما توجد الانيميا وضعف التغذية ينبغي استعمال الغذاء المقوى والهواء
 الجيد والسكينا والحديدوزيت كبدا للحوت فانها تساعد في المعالجة ومن
 الجيد كذلك تمرير العضلات الضعيفة بغيريل الاطراف والوقوف والمشي
 أو بالتيار الكهر بائي المتقطع عندما يكون الشلل دائما لكن المبادرة
 باستعمال ذلك في الالتهاب النخاعي الحاد كما ثبت ذلك بمشاهدات المعلم لايدن
 مضر وفي معالجة المرضى المصابة بمرض في النخاع ينبغي الاجتهاد في تجنب
 حصول الغنغرينا الوضعية والالتفات لشلل المثانة وتلطيف الآلام
 الدائرية والتشنجات العضلية بواسطة المسكنات والحقن تحت الجلد بالمورفين

(المبحث الخامس)

(في التولدات المرضية الجديدة)

(والطفيلية للنخاع الشوكي ولقائمه)

التولدات المرضية الجديدة بندرو وجودها في القناة الفقرية بقطع النظر عن الصفيحات العضروفية والعظمية من العنكبوتية الشوكية التي سبق الكلام عليها - اما التولدات السرطانية التي يكون منسوجها نخاعيا فطريا فهي اما أن تحصل حصولا اوليا في النخاع الشوكي أو الام الجافية أو أنها تنشأ من الفقرات وتمتد الى النخاع ولقائمه وعندئذ هذه التولدات الحبيشة تنمو عظيما تسكاد عملاء القناة الفقرية عقب ظهور النخاع من الضغط الواقع عليه أو استهاته الى مادة سرطانية وقد تبرز الى الظاهر وتصل الى تحت الجلد بعد فساد الفقرات وتلاشيها - وأما الاورام اللحمية والدهنية والليفية والعصبية فلم تشاهد في القناة الفقرية الا في أحوال نادرة جدا ومنشأوها يكون من الام الجافية وتكاد لاتصل الى حجم عظيم مطلقا - وأما الاورام العنقية الزهرية فهي كاورام الدماغ الصغية الزهرية فقد تصاحب الداء الزهري البني وأما الدرن فلا يشاهد في النخاع الا عند تقدمه في غير هذا العضو من باقي الاعضاء ويكون على شكل عقد مصفرة من حجم البسلة الى حجم الفندقة ومجاسه غالبها الجزء العنقي من النخاع الشوكي أو الجزء الفقرى منه وأكثر من ذلك مشاهدة الاسهالة الدرنية في الام الجافية على شكل الارتشاح الدرنى صاحب التورم درنى في الفقرات وأما الاورام الحبوبية والابكيه كوكية فلم تشاهد في القناة الفقرية الا نادرا وهي اما أن تتكون بين اللقائف الشوكية أو يجوار العمود الفقرى فتشقه وتنفذ في القناة الفقرية بعد تمسك الفقرات وتلاشي قنواتها

ثم ان أورام القناة الفقرية متى عظم حجمها تحدث انقطاعا في التواصل العصبي بين المخ والاعصاب الدائرية ولذا ينتج عنها شلل النصف السفلى وقد حساسية الاجزاء السكائنة أسفل مجلسها أو كل من الشلل وقد الحساسية يسبق بطواهر تارة خفيفة وتارة شديدة وذلك بحسب كونها تحدث اما ضمورا في النخاع بالضغط عليه أو تهيجه فتحدث تغيرات التهابية

في الاجزاء الكثيفة حوله واختلاف مجلس هذه التولدات المرضية الجديدة
ينتج عنه اختلاف في الاعراض بالنسبة لامتدادها وكون التولدات المرضية
الجديدة في الخضاع الشوكي لا تصطبغ غالباً بالام شديدة في الظهور وبمعكس
ذلك يكثر اصطحابها بالام عصبية في الاطراف تسبق الشلل وكون هذا
الشلل يظهر غالباً في أحد الاطراف ثم يمتد بالتدريج الى الطرف الثاني
عما لا يرتكن اليه ولا يعتبر في التشخيص التمييزي بين أورام الخضاع والتهابه
المزمن وانما في الاحوال التي فيها يمتد السرطان من الخضاع الشوكي الى
الظاهر يكون التشخيص أكيداً وكذلك اظهروا السرطان أو الذرن أو
التولدات الطفيلية في غير الخضاع من الاعضاء يجوز الظن بوجود اورام
مماثلة لها تكونت في القناة الفقرية ونشع عنها بالتدريج مثل النصف السفلي
في الحالة الراهنة ولا سيما يعتبر ذلك ولا بد في الداء الزهري البني بالنسبة
لتشخيص الاورام الزهرية الصمغية للخضاع وفي معالجة أورام الخضاع
لا يتحصل على فائدة من استعمال المحللات بالنسبة للتولدات الجديدة وانما
يمكن الحصول على نوع فائدة بالنسبة للكثافات التي تحصل في مصابيا
الخضاع الشوكي عقب التهابات المزمنة بواسطة المهيجات الجلدية الشديدة
واستعمال بودور البوتاسيوم من الباطن أو الينايسع الطبيعية المحتوية
على البودا والينايسع القاترة البسيطة أو المحببة أو القلوية وفي أحوال
الاورام الزهرية الصمغية للخضاع ونحوها يمكن الحصول على فائدة
عظيمة باستعمال المعالجة النوعية المضافة للداء الزهري وفي الاورام
الابكنوكوكية التي تظهر في قناة الخضاع الى الخارج قد تستعمل معالجة
جراحية بل زعم بعضهم انه من الجائز اذا كان الورم ذا وضع جيد (اعني على
السطح الخافي من الخضاع خارجاً عن الام الجافية) يمكن اجراء عملية ثقب
القناة الفقرية ونزع الورم بالسلاح ومع ذلك فن النادر أن يتيسر تشخيص
مثل هذه الحالة حتى تفعل هذه العملية بنوع تأكيد وبالجملة فكل من
الآلام الشديدة وشال المثانة والغنغرينا الوضعية المهددة يحتاج
لمعالجة مرضية لا ثقة

(المبحث السادس)

(في الاستسقاء النخاعي الخلقى المعروف بداء الحذبة)

للاستسقاء النخاعي الخلقى شكلان باطنى وظاهرى فالاول عبارة عن تجمع سائل مصلى فى القناة النخاعية المركزية الجينية وهذا السائل المتجمع يؤدى بطريق الضغط اما الى ضمور النخاع ضمورا تاما حتى يتلاشى ويضمحل بالكلى ويسمى ذلك (بالامبلى) أى فقد النخاع أو الى انشقاق النخاع انشقاقا تاما أو غير تام

وأما الظاهرى فهو عبارة عن تجمع كمية عظيمة من سائل مصلى فى المسافة تحت العنكبوتية فى كلا هذين الشكلين يبقى العمود الفقرى منطبقا وهذا هو المعروف بالاستسقاء النخاعي الخلقى المنغلق أو انه يوجد انشقاق فى العمود الفقرى انشقاقا كبيرا لامتداد أو قليله وهذا ما يسمى بالاستسقاء النخاعي الخلقى المنفتح أرداء الحذبة

ثم انه يوجد فى أحوال داء الحذبة كيس ممتلى بمادة مصلية مغلف بالمهايا الشوكية على مسير العمود الفقرى ومستطرق بالقناة الفقرية لوجود مسافة خالية ناتجة عن عدم تكوّن قوس فقرى أو جمل أو قواس فقرية ويجلس هذا الكيس القسم العزى أو القطنى ويندر وجوده فى القسم الظهري والعنقى وجهه يكون من الجوزة الى راس الطفل والجلد المغطى له تارة يكون حافظا لوصافه الطبيعية وتارة ضامرا مسترقا أو زائلا بالكلى فى قمة الورم فيكون الكيس اذ ذلك متعرياً وتظهر قمته متسلخة ويكون مغطى أحيانا بقيق وتعببات لحمية وجدر الكيس نفسه تتكون فى هذه الحالة من العنكبوتية والام الجافية إذا كان داء الحذبة ناتجا عن الاستسقاء الشوكى الظاهري وأحيانا تنثقب الام الجافية فتكون جدر الكيس حينئذ متكونة من العنكبوتية فقط وأما إذا كان داء الحذبة ناتجا عن الاستسقاء الشوكى الباطنى فالام الحنونى هي التي تكون احدى طبقاته ومحصل الكيس يكون متكوّنا من مادة مصلية شبيهة بالسائل الدماغي الشوكى والنخاع الشوكى بعدم الكلى فى أحوال داء الحذبة الناتج عن الاستسقاء الشوكى الباطنى أما بالكلى أو يكون بالقل غير تام النمو وأما إذا كان داء الحذبة

نأجها عن الاستسقاء الفقري الظاهري فقد يكون التضاع الشوكي على حالته
 الطبيعية وقد يكون غير تام التواء أيضا في مثل هذه الاحوال وكيفية حصول
 الاستسقاء التضاعي الخلق وأسبابه مجهولة لنا ويظهر ان تجمع السائل
 هو التغير الابتدائي وعدم تمام تكون القناة الفقرية هو التغير الثانوي
 ثم ان اعراض الاستسقاء الفقري المصنوب بداء الحذبة الجزئي تنحصر
 في العلامات المدركة التي يصف بها الكيس المصلي السابق ذكره وأما
 أحوال الاستسقاء الفقري المضاعفة بهدم غوفي التضاع الشوكي واستسداد
 شق القناة الفقرية فلا تكلم عليها حيث ان الاطفال في مثل هذه الاحوال
 تمهلك قبل الولادة أو بعدها حالاً والغالب ان يحبس في الورم بقوَج واضح
 ويحس أيضا بمحاقة العظمية وهذا الورم يعظم حجمه في أثناء حركة الزفير
 ولا سيما في حالة الصراخ والزحير ويصغر في أثناء الشهيق ويمكن رده
 احيانا لكنه يحصل للربض حيث تدنوب فقد في الادراك خفيفة أو تشنجات
 عاتية وفي بعض الاحوال يكون الفعل العصبي للأطراف السفلى والمثانة
 والمستقيم على حالته الطبيعية وفي أحوال أخرى سيما التي يكون غواجز
 الأسفل من التضاع فيها غير تام أو مفقودا بالكلية تسكون الأطراف
 السفلى والمثانة والمستقيم مشلولة وهذا الورم يأخذ عادة عقب الولادة بقليل
 في الازدياد والتوتر ثم ان اجراء الجلد المغطى له واسترقاقه وانتفاخه يحصل
 في أغلب هذه الاحوال عقب انتفاخ الكيس مع حصول تشنجات عمومية
 يعقبها كوما بل ويمهلك معظم الاطفال وان لم ينتفخ الكيس عقب حصول
 التهوكة بحيث يندر أن تصل الاطفال المصابة بداء الحذبة الى سن البلوغ
 أو تتعدى هذا الطور

ولا ينبغي التعرض لفعل ادفي عملية علاجية أو جراحية في الاحوال التي
 فيها يدل كل من شفاة الأطراف السفلى وشفاها على عدم غموض التضاع وأما
 في الاحوال الاخرى فينبغي فعل عملية الضغط التدريجي اللطيف على
 الورم فان لم ينفع ذلك وجب الشروع في عملية داء الحذبة المذكورة
 في كتب الجراحة

(المبحث السابع)

(في السيل التضاعى الشوكى)

(ويعرف باضطراب الحركة التدريجى للعلم دوشين وبالاستحالة السجاية)
(لاحيلة التضاع الشوكى الخلفية وتيسمها المعلم ليدن)
* (كيفية الظهور والاسباب) *

يوجد على العكس لبعض امراض التضاع التى تنتشر على جميع قطره
المستعرض ولو بكيفية غير مستوية امر اض أخرى تقتصر بكيفية
متفاوتة على أجزاء محدودة من قطره المذكور وحيث تنشأ صور مرضية
واصفة على حسب اختلاف وظائف الاجزاء المصابة من التضاع فيعتبر كل
من الضمور العضلى التدريجى والشلل التضاعى فى الاطفال آفات موضعية
لاجزاء مخصوصة من النصف المقدم لقطره المستعرض بخلاف الإصابة
المرضية فى المرض الذى نحن بصدده

وبالنسبة لاسباب اضطراب الحركة التدريجى قد لا تعرف له أسباب واضحة
فى كثير من الاحوال ويظن غالباً ان منشأه فى الرجال الافراط من الشهوات
التناسلية بل كثير من الاطباء والعوام الى الآن يميزون بذلك فالمرضى
المصابون بهذا الداء يرثى لحالمهم فانهم مع ثقل مرضهم كثير اماً يفقدون
التأسف عايبهم والرحمة لهم حتى من أقرب الناس اليهم ومن الحائزان
الافراط من تلك الشهوات كغيره من المؤثرات المنبهة المنهكة كالكافور
الثقيل والداء الزهري والادمان على السكر وكل من تكرار الولادة
والارضاع لنفسه يساعد على حصول هذا المرض ولذا كان عند كثرة الافراط
من هذه الشهوات التناسلية ربما الموبة الشهيرة يجلد عميرة لا يحكم بان
هذا المرض نابع حقيقة عن تلك الموبة الا فى احوال استثنائية وخطأ
الظن بالمصابين بامراض التضاع الغالب ان منشأه يكون الشهوات
التناسلية المنوطة بتأثير التضاع الشوكى الا واسطى تزايد فى ابتداء
هذا المرض ثم تتناقص أو تزول بالكلية فيما بعد فكان منشأ ذلك وضع
النتيجة موضع السبب والظاهر خلاف ذلك فان تأثير البرد الشديد
والمشاق الجسمية الثقيلة وتعب الاطراف الشاق بالمشى ونحو ذلك يحدث

بلا شك هذا المرض كما يحدث الانتهاب الخضاعى سببا عند اجتماعها كما هو
الواقع فى العساكر عند الحراة والشغل فى المياد وما عدا ذلك يشاهد السل
الخضاعى فى جميع الطبقات من الجمعية الانسانية على اختلاف البنية ومن
المعلوم انه لا يندرمعرفة السبب المقم لهذا المرض بالسكية وهذا يدل على ان
الاستعداد البنئى غير المعلوم له دخل عظيم فى منشأ هذا المرض وقد يوجد
فى بعض الاحوال استعداد واضح يستدل عليه بوجود هذا المرض أو غيره
من الامراض العصبية المزمنة كالتشجنج الصرعى والجونداريا
والامراض العقلية فى احد عائلة المريض وينبغى الاحتراس من قبول قول
بعض المرضى ان انقطاع افراز عرق القدمين الاعتيادى هو السبب فى
حصول هذا المرض لم فان ما ذكر يكون غالباً نتيجة لهذا المرض لاسبابه
ولا يوجد عند الاطفال استعداد لهذا المرض فان حصول هذا المرض
النادر يكون من سن الثلاثين الى الخمسين ثم لا يكاد يوجد والرجال أكثر
اصابة من النساء

﴿الصفات التشريحية﴾

فى الاحوال الحديثة من هذا المرض لا توجد الانغيرات تشريحية قليلة
وقد لا توجد بالسكية وأما الاحوال العتيقة فتكون فيها الاحيلة الخلفية من
الخضاع الشوكى متضاربة جدا وضامة وذات هيئة سببائية شفاقة قليلا
وقوامها صلب (وتسمى بالاستحالة السببائية أو التيسس السببائى للاحيلة
الخلفية الخاضعية الشوكية) ويكون الجزء المريض ذا شكل اسفينى قاعدته
الى الخلف نحو الاعم الخنونة وتكون متفاوتة العرض وفى المحل الملامسة فيه
الاحيلة الخلفية المريضة للمصايات تكون هذه الاغشية ملتهبة متسكاثفة
ملتصقة بانفصاع وبذا يستدل من هذه المتحصلات الانتهاء السببائية على
ان التغير المرضى فى الخضاع نفسه من طبيعة تهيجية التهابية مزمنة وليس
مجرد ضمور وبالبحت الميكروسكوبى يتضح وجود تضامة فى الاغمدة
العصبية واستقامتها الى منسوج خلوى رقيق وأما الالياف العصبية التى
بينها فتكون مسترقة ولها ضامرا حتى اسطواناتها المركزية ووربما كان
هذا اللب مفقودا بالسكية فهمل محله مادة دهنية حيوية دقيقة وجسيمات

نشوية وقد اختلفت الاراء في كون المرض الاصلى ناشئاً من الاغدة العصبية أو من الالياف نفسها لكن وجود التغير المرضي قاصر في الغالب على الاحبة الخلفية يؤيد القول الثاني كما قاله شركو والادوية الدموية تكون احيانا غير متغيرة وتارة تكون طيبة ثم الظاهرة متسككة مكابدة للاستحالة النحمية وقطرها متضاباً أو منسداً بالكلية

وعلى مقتضى تجارب كل من المعلم شركو وييري لا يكون المصاب مطلقاً جزءاً من الاحبة الخلفية للتهذع الشوكي بل أجزاء محدودة معينة وبذلك تنشأ الصورة المرضية لاضطراب الحركة التدريجي وهذه الاصفار ليست هي الاجزاء الاسفينية المركزية من الاحبة الخلفية المصاة بأحبة تحول وان كانت تسكاد تصاحب على الدوام بل توجد على رأى هذين المعلمين في شريطين جانبيين دقيقين متجابين تصدأ اتحاداً تشريحياً مع امتداد الالياف العصبية النضائية الباطنة للجدوع الخلفية المعبر عنها بتعال كوليكيير بالالياف الانسية للجدوع النضاع فتبمس هذين الشريطين من الاحبة الخلفية هو التغير التشريحي الوحيد الملازم لاضطراب الحركة التدريجي بخلاف تبمس الاجزاء الاسفينية فلا يترتب عليه حصول هذا المرض

ثم ان التغير التيممي الذي نحن بصدد قد يمتد من الاحبة الخلفية الى أجزاء أخرى فكثيراً ما توجد الجدوع العصبية الخلفية متمسكة ضمراً بل واعصاب مختلفة كالعصب الوريكي والفخلي والعصدي ولا سيما بعض الاعصاب الدماغية كالبصري والحرك للغة والمضغى وتحت اللسان وفضلاً عن ذلك فقد يمتد التغير المرضي عن حدوده الاصلية نحو الظاهر الى القرون الخلفية من الجوهر السنجابي والى الاحبة الجانبية بل والى الامام نحو اخلية القرون المقدمة السنجابية ويتضح من ذلك أنه في مثل هذه الاحوال لا بد وان ينضم الى الاعراض الاصلية للتهذع اعراض مضاعفة على حسب وظائف الاجزاء المصابة ثم ان التغير المرضي قد يمتد باصفار معلومة من التهذع ثم يمتد في الغالب على حسب المحور الطولي لهذا العضو لكنه يمتد عادة بالقسم الشوكي القطاني ثم يصعد منه الى الشريطين الجانبيين من الاحبة الخلفية الى التهذع العنقي الى بعض

أعصاب الدماغ كما ذكرنا بل قد يشترك معه الدماغ نفسه في الإصابة المرضية كما يدل على ذلك وجود اضطرابات عقلية مع صفة الحمود ومن المبادئ عكس ذلك أعني أن إصابة الدماغ الالامية قد تنعقبها إصابة النضاع الشوكي فقدرهن (وستغال) على أن الدال التدرجي الجنوني قد تصاب فيه الاجيلة الخلفية من النضاع بالتبمس

في الاغراض والسير

يعترض على العلم دوشين ولا بد بحث لم يعرف اشغال رومبيرج وتجاربه هندا نشر رسالة في اضطراب الحركة التدرجي من جهة ومن جهة أخرى نعرف له بالفضل لكونه شخص عن هذا المرض بغاية الدقة ففسا من ذلك الرأي العمومي المقبول المنقصر الان القائل بان المهم في هذا المرض ليس الشلل في الحقيقة بل اضطراب الحركة العضلية وعدم توافقها وفي الدور الاول من هذا المرض تكون الالام العصبية والثورات الحية الاغراض الوحيدة مدقة طويلة من الزمن فالالام العصبية منشأؤها التهيح الالتهاج بالجلوع الخلفية وامتداداتها نحو الجواهر النجاسي ويندر أن تنبأ بالاطراف العليا بل الغالب ظهورها في الاطراف السفلى والقدمين وكثيرا ما تتضح في احدى الجهتين أكثر من الاخرى وتارة تكون عبارة عن احساس بنمل أو الالام ممزقة أو جاذبة أو خزة وتارة وهو الغالب تكون عبارة عن وخز كهربائي وقد اعتبر شاركو ان هذا الاحساس الكهربائي الذي يحصل على شكل فوب تتردد بعد فترات أسبوعية أو شهرية ونشتمدة البيل علامة واصفة لاصابة الشريطين الجانبين من الاجيلة الخلفية للنضاع الشوكي اللذين هما المجلس الحقيقي لهذا المرض ومن المعلوم ان هذه الالام الصاعقة تشاهد في غير هذا المرض من أهمراض النضاع الشوكي لاصبا في التهابه الاعتيادي فهي تثبت في مثل هذه الاحوال ان الشريطين المذكورين مصابان مع النضاع ايضا ومن النادر جدا فقد هذه الالام الصاعقة في المرض الذي نحن بصددده فقد استمر

ثم ان الدور الاول من هذا المرض المبين بالالام فقط مختلف المدة فقد يسفر جلة اعوام بل في الاحوال التي فيها لا يتم اتصاحه قد لا تظهر اعراضه الواصفة

بعد ذلك بالكيفية وأما عند تقدم سيره فالالام الدائرية تمتد وتعتبر في الابتدا
الاماروما ترمية أو الاماعصبية محضة كعرق التسا وغيره فتصعد من الاطراف
الى أجزا من الجسم اعلا منها بحسب تقدم المرض في التضاع فبظهر الاحساس
بضيق مؤلم في الجذع (أى الاحساس المنعقي) وأحيانا تحصل انقباضات
مؤلمة في المستقيم والمثانة مضمومة بزحير منقبض أو مثاني أو يدق المريض مع
الالتذاذ أو الاتصاف غير التام سائلا منويا أو افسرا زائفا أيا من
البروستاتا ومن حوى يصلات كويبر ثم تظهر الامعصبية في النجاهاات عصبية
أخرى للنصف العلوى من الجسم كاعصاب الذراعين والصفيرة العنقية أو
تفرعات الشواحي الثلاثي وأما الالام الظهريّة الاعتيادية وزيادة حساسية
العمود الفقري والاجزا الرخوة المغطية لها بواسطة الضغط فلا يشكوها
المصابون بالسل النخاعي الا اذا كانت الفروع الخلفية من الاعصاب
الشوكية متهيجة تهيج شديدا والمصابون بهذا المرض لا يكون أول تشكيم
بالالام العصبية السابقة بل بالاحساس الواضح السريع الظهور بتعب
الاطراف السفلى حالة المشي مع عدم تناقص في قوة الفعل العضلي حتى ان
المعلم اسيبت ميز شكلا مخصوصا من السل النخاعي فيه يتضح في الدور الاول
منه بدلا عن الالام الشديدة الاحساس السريع الظهور بالتعب السابق
وهذا الاحساس يمكن توجيمه بالتزايد المرضي لقابلية تنبيه الجذوع
الخلفية فانه في الاحوال الصحية الفسيولوجية يتعلق الاحساس بالتعب
بمظم الفعل العضلي فان كانت قابلية تنبيه الجذوع الخلفية متزايدة كفي
ولا بدأ قل مجهود عضلي في احداث عين هذا التأثير أى الاحساس بالتعب
وعند تقدم سير المرض في هذا الدور يمكن ان يحصل تناقص حقيقي في
الفعل العضلي وقد يظهر في بعض الاحوال عرض مهم كثيرا ما يتقدم في
الظهور وهو نوب الامعصبية معدية تسرجه أيام مع قئ مستعص والظاهر
ان هذه النوب التي تحصل عادة مع تردد الالام الوخزية السابق ذكرها
متعلقة بتيج الفروع الحساسة المعدية وهناك ظاهرة من خصص مهمتان
كانت غير ملازمة للدور الاول في هذا المرض وهى الاضطرابات الوظيفية

لبعض الاعصاب الدماغية بل قد يسبق الاضطراب في وظائف تلك الاعصاب
 بزمن متفاوت جميع اعراض هذا المرض والعادة ان تصاب الاعصاب
 المحركة للأطراف كالحرك المشترك والانسى ويندر اصابة الوحش فيحصل تبعاً
 لضعف حركات بعض عضلات المقلّة ضعف في حركات المقلّة المتعلقة هي بها
 فيحصل الحول وسقوط الجفن واسترخاؤه وازدواج المريشات وضعف
 التكيف وهما ينبغى الالتفات له كون اضطرابان حركة المقلّة هذه تظهر حالة
 تعاقب مختلفة ولومع اسمرار المرض الاصل وتثاقله فقد تقصن أو تزول
 بالكلية ثم تعود وكثيراً (أقله في ثلاث احوال) ما يظهر عند المصابين بالسل
 النخاعي ضعف في الابصار وقد يكون هذا عرضاً اولياً وهذا الضعف يبدأ
 في الغالب بعين واحدة ويكون على شكل تضايق مركزي في اتساع مد
 الابصار مع شكل مخصوص أحياناً من الأكروماتيسيا (أى عدم تمييز الألوان)
 ويكاد ينتهي على الدوام مع التشاقل بفقد الابصار فقد اتلما وعند اليه
 بالمرأة العينية تظهر حلة العصب البصرى المصاب بالتيبس السنجابى غير
 شفاف بل متشعبة بالبياض ومحدودة بالدقة وأوعيتها قليلة الوضوح وأما
 باقى اعصاب الدماغ فتقل اصابتها بالتغير المرضى الذى نحن بصدده ومع ذلك
 فقد شوهد في بعض الاحوال فقد في حساسية العصب التوأى الثلاثى وشلل
 أو ضعف في حركات بعض عضلات الوجه وتقل في السمع لاحدى الجهتين
 وتعمر في الازدراد بسبب اشتراك اعصاب الاعضاء المنوطة بهذه الوظيفة
 والتسكلم مع المشقة أو ألقمة عقب اشتراك العصب تحت اللسان في الاصابة
 وكذلك سرعة النبض الدورية غير الحية وعدم انتظام حركات القلب وميل
 النبض للضرب المزدوج يمكن نسبتها لاضطراب في العصب التحير ولا يوجد
 جى في هذا المرض متعلقة باصابة النخاع ومع ذلك فقد ذكر كل من ونكل
 برغ وكلمنس وروزنتال وجود حركة حية متعلقة بهذه الاصابة وأما اشتراك
 الجزء العنقى من العظام السنية اتوى فيدل عليه عدم انتظام شكل الحدقتين
 فقد شوهد في بعض الاحوال أن الجهة التي فيها تكون الحدقة أكثر تضايقا
 ظاهراً نال في الاعصاب المحركة الوعائية كاسرار الوجه غير
 الاعتيادى واحتقان المقلّة واتفاحها اتفاحاً كدمياً وارتفاع درجة
 حرارتها وكذا شوهدت ظاهرة مهمة وهي أنه في أثناء نوب الالام السابق

ذكرها المتعلقة بارتقاء دورى في ترجع الفروع العصبية المحركة الوعائية
وبالجلة فان المعلم شركو يعتبر الالتهاب المفصلى من جلة الظواهر المرضية
لاضطراب الحركة التدريجى الذى نحن بصدده وهذا الالتهاب عبارة عن
انتفاخ في المفصل غير مؤلم (ناجم عن تضخم) وهو اما ان يزول بعد بعض اسابيع
أو أشهر ويعود المفصل لحالته الطبيعية (وهو الشكل الجيد) أو أنه يؤدي
لنشوء عظيم في المفاصل وأنواع خلع مختلفة فيها عقب ثلاثى المضاريف
العظام (وهو الشكل الخبيث) وهذه الاصابة تظهر بكثره في مفصل الركبة
ثم مفصل الكتفين ثم المرققين ثم الحناصرتين ثم مفاصل اليد بل قد
تسرى الى المفاصل الصغيرة جدا واعتبر شركو هذه الاصابة المفصلية
شكلا قريبا من الالتهاب المفصلى الخاف أو المشوه انما يختلف عنه ببعض
خصوصيات ويعتبره كـ بعض المؤلفين الفرنسيين نوع اضطراب غذائى في
المفصل متعلق باصابة القرون المقدمة السنجابية من الخضاع الشوكى شبيه
بالضمور العضلى التدريجى فانه في غالب الاحوال ينشأ عن تفسير مرضى في
هذه الاصفار من الجوهر السنجابى بل وقد ينضم لاصابة المفصل بعض ضهور
عضلى تدريجى وقد شوهدت حالة جديدة فيها قبل ان القرون المقدمة سليمة
وان العقد الغضائية وجدت مستنفذة واضحة التغير

ثم أنه بعد استمرار الظواهر السابق ذكرها زمانا متفاوتا ينتقل هذا الدور الى
الدور الثانى أى الواضح منه فتنظر تدريجيا اضطرابات في تكيف الحركة
وانتظامها بمعنى ان المريض يفقد قابلية فعل جلة عضلات مع بعضها فلا ينتج
عنها حركة منتظمة خاصة باجرائية معلومة ومن المعلوم ان مجلس المراكز
المنوطة بتكيف فعل العضلات وانتظامه ليس في الخضاع الشوكى بل في
القنطرة والمخضج ولولا كما كان في الحدبات الاربعه التوأمية ولذا كانت اصابة
تلك الاعضاء ملجوب ولا بد باضطراب في تكيف فعل العضلات وانتظامه
لكن اصابة الخضاع الشوكى يمكن ان يفوق التأثير المنظم لتلك المراكز على
الخضاع المذكور ومن المعلوم أنه يوجد في هذا المرض تغيرات واضحة في
الاجلة الخلفية بما ينقطع التواصل بين تلك المراكز والخضاع الشوكى وفي
العادة يتضح اضطراب الحركة ابتدأ في الاطراف السفلى بحيث انه

يتضح مع حفظ القوة العضلية الاعتبارية سيما عند المشي السريع والجرى
والالتفات ونحو ذلك عدم تأكد وتصرف في انماط الحركات وانتظامها ولهذا
ان المصاب بهذا المرض يشي متوترا خائفا ويتجاوز في مشيه حد الحركة
الضروري له فيرفع احدى رجليه بدون احتياج عند المشي الى أعلا فيدفعها
أو يقذفها نحو الامام فيضعها مع التشاقل والبعد فينبثق يحصل في بعض
العضلات انقباض مسفر وكثيرا ما تكون حركة أحد الاطراف معوقة عن
الآخرى ولتنبيه على ان اضطراب الحركة التدريجي لا يوجد فقط في أحوال
السل النخاعي بل كذلك يكون في أمراض أخرى مختلفة فيوجد هذا
الاضطراب عند المصابات بالاستيريا والسكري وعقب بعض الأمراض
الحادة كالدفتيريا والجذري والتيفوس ويوجد عادة عند المصابين بالسل
النخاعي زيادة عن اضطراب تكيف الحركة وانتظامها ضعف في الاحساس
لكن ذلك قد يكون غير واضح جزئيا فانه تبعا للاستنتاجات الفسيولوجية
تكون الاحبة الخلفية في توصيل الحساسية قليلة الجدوى بل المنوط بذلك هو
الجوهر السنجابي ومع ذلك فقد يحصل سيماني الدور الاخير من هذا المرض
عقب اشتراك الجدوع الخلفية والقرون الخلفية السنجابية فقد واضح بمد
في الاحساس ليس قاصرا على الجلد فقط بل يوجد أيضا في العضلات
والمفاصل فمثل هؤلاء المرضى لا تحس عند الوقوف بمقاومة الارض وصلابتها
(فكانها واقفة على قطن أو بساط) ولا يميزون بين مس جلدهم بسن الدبوس
أو راسه ولا يمكنهم تعيين الصفر المسوس وتظهر دائرة الاحساس متسعة
جدا عند البحث عن ذلك بطريقة فيشر وكذلك اضطراب مع حاسة
المس باقي صفات الاحساس بالضغط والاحساس بدرجة الحرارة والالم
وهناك ظاهرة مهمة كثيرة المساعدة أبطا وهي سيرا التوصيل العصبي
بمعنى أنه يعمى زمن طويل بين تأثير أي مهييج وبين ادراكه (فيكون من جزء
من ثانية الى عدة من الثواني) وأما فقد حاسة المفاصل فيترتب عليه عند
المريض فقد الاحساس بالصلاية ولا سيما يترتب ذلك على تناقص الاحساس
العصلي (أعني فقد ما يسمى بالحساسية العضلية) اذ أنه ينشأ عن ذلك عند
ارتفاعه لدرجة عظيمة سبب آخر يدوق الحركة الارادية فان المريض حينئذ

لا يدرك حالة العضلات ان كانت منقبضة أو مسترخية ومن المعلوم ان الحركات المعيبة سواء الناتجة عن اضطراب تكييفها أو انتظامها أو عن فقد حساسية العضلات يمكن تعديلها بواسطة الابصار ولذا ان أمر المريض المصاب بهذا المرض بخلق عينيه وامتنعت مساعدة الابصار صار مشيه أقل تمكنا وعند الوقوف مع تباعد الفخذين يحصل عنده ارتجاج واهتزاز يكاد يسقط منهما ومع ذلك فالظاهر ان فقد حساسية الجلد والعضلات لا تحدث اضطرابا واضحا في الحركة في جميع الاحوال وقد مرخ نيباير وشبيت حالة مهمة من هذا القبيل وهو ان المريض كان معتريه فقد عظيم في الاحساس بحيث لم يحس بالاصابات الجرحية الثقيلة ولم يعلم ان كان في مياه بارد أو ساخن وعند وضع اثقال على أطرافه الى ٣٥ رطلا لم يدرك ثقلها وعند رفعها لم يحس بالفرق بين رطل وعشرة وعند غلق عينيه لم يدرك ان كانت أطرافه في حالة انبساط تام بالتيار الكهربائي الشديدا وفي حالة انقباض وكان المريض يسقط على الارض متى غلق عينيه سواء كان واقفا أو جالسا على كرسي مثلا وما كان يدرك الاحساس بمقاومة فراشه بحيث انه في الليل عند انطفاء النور كان عنده احساس كأنه متعلق في الهواء ومع ذلك فهذا الشخص لم يشاهد عنده ادى اضطراب واضح في تكييف الحركات العضلية وانتظامها فما كان يماثل باقي المرضى المصابين بهذا المرض ومادام الضوء كان يمشي بانتظام ويقطع مسافات بعيدة بدون انسكاك على نحو عاصا .

وأما الدور الثالث أي الشلل لهذا المرض فيعني به الدور الأخير منه الذي فيه طبقا للطبيعة هذا المرض الاخذة في التقدم لا تتناقل وتعتمد معظم الاعراض فقط بل يظهر اقية مع الوضوح في بعض الاحوال شلل حقيقي ولو غير تام في الاطراف مع طواهر اضطراب الحركة التدريجي وهذا الشلل يدل على امتداد التغير المرضي من الاحبال الخلفية للخصاع الشوكي الى الاجهزة المحركة له غير المشتركة في الاصابة حقيقة في هذا المرض كما يشاهد عقب امتداد التغير المرضي على القرون النهائية المقدمة فهو مرضي تدريجي ينضم للمرض الذي نحن بصدده والحكم على تشخيص مثل هذه الاحوال غير النقية صعب للغاية ان لم يعرف تاريخ المرض من الابتداء ومع ذلك فن الجائز

عند المصابين باضطراب الحركة الذين لم يمكنهم المشي بسبب طرؤ الشلل
عندهم معرفة طبيعة اضطراب الحركة نوعا بكون المرضى في الوضع
المستلقي على الظهر مثلا يمكنهم تحريك الأطراف الضعيفة

ثم ان سير السل التفاضلي يختلف جدا بحسب الاحوال وذلك لكون بعض
الاعراض السابقة يتضح جدا في بعضها زيادة عن الاخرى ولظهور بعضها
بسرعة وبطء اتضح البعض الآخر أو قد يهدأ بالكلية أو يكون
بعضها يتناقل بسرعة أو يبقى على ما هو عليه زمنا طويلا وربما يحسن
احياها اولاً اذا تكون أحوال هذا المرض مختلفة جداً ومغايرة لبعضها بحيث
يندر تطابق حالتين تطابقا تاما بل كل حالة يتضح فيها ما لا يتضح في الاخرى
والظاهر ان الشفاء التام المستقر في هذا المرض لا يتصور الا في الاحوال
التي فيها لا يكون التيبس غير متقدم في الدرجة بل وفي الدور لا بدائي لهذا
المرض يندر حصول الشفاء التام تبعاً لراى المؤلفين المختصين بالامراض
العصبية ومع ذلك فقد زعم يندكت ان الشفاء كثير الحصول في الاحوال
الابتدائية لهذا المرض وان ندرة ذكر مثل هذه المشاهدات انما هو ناشئ
عن عدم معرفة هذا المرض عند عدم وضوحه لا سيما مع كثرة الاعتقاد
خطأ بأن هذا المرض غير قابل للشفاء بحيث ان الاحوال التي تشفى منه لا تعد
منه وعلى كل حال فكثيرا ما تشاهد أحوال تشفى شفاء غير تام وذلك بأن
الاعراض يحصل فيها وقوف مسفر من حيثية درجتها وامتدادها فتبقى
على حالة مطابقة مدّة الحياة لكنه في معظم الاحوال يحصل ارتفاع مسفر في
هذا المرض كما ذكرنا ولو انه يحصل تحسن وقتي في بعض الاعراض ووقوف
وقتي في المرض قديمتا جلة سنين وعند تقدم سيره قد تصاب الأطراف
العليا أيضا لكن ليس دائماً في عقب النفل الابتدائي والالام العصبية
في الذراعين واليدين اضطراب في حركة القبض باليد والكتابة وشعلها
المعتاد ثم يحتاج المريض فيها بعد المساعدة وغيره عند اللبس مثلاً وهناك
أحوال استثنائية فيها تتقدم اصابة الذراعين وتكون ناتمة عن اصابة
الرجلين بل وبعض الاطباء وهو (ريماك) ميز لهذا المرض في الاحوال
التي فيها تدل الاعراض الواضحة على ان مجلس المرض في أجزاء عالية من

النخاع أو الأعصاب الدماغية أشكالاً بخلاف الأشكال الاعتيادية لهذا المرض وسماها بالسل النخاعي العنقي أو القاعدي لكن الغالب أن تكون امراض هذا المرض مختلطة ومتحدة مع بعضها بحيث أنها تدل على إصابة أصفار مخخلفة كاجزاء النخاع السفلى وبعض الأعصاب الدماغية ولذا لا يجوز تمييز أشكال لهذا المرض مبنية على اختلاف المحل المصاب

ثم إن السل النخاعي ولوانه من ضمن الامراض المستطيلة جداً إلا أن مدة الحياة به تقصر ويقع الانتهاء المخزن في مدة من خمس - سبعة - ثمانية إلى عشر ومن النادر أن يتأخر عن ذلك لكن قد يكون سير المرض سريعاً جداً والتغير المرضي شديداً بحيث إن امراضه سيما اضطراب الحركة تتقدم بسرعة فيحصل الموت كذلك وفي الدور المتقدم من هذا المرض قد تصير حالة المريض في تكرار عظيم فإن تغذية جسمه التي استقرت جيدة من مناطق يلائم أخذ في التغير فتضعف الأطراف وتصير الاقدام اودجماوية ويزول الضعف التيجي للوظائف التناسلية ويحل محله فقد الباء السام وتضطرب وظيفة كل من البول والغائط ويضعف الاحساس بالكيفية السابق ذكرها وينطفي الالبصار وتضعف الحركة بالكلية بواسطة الاضطراب والشلل - ويندر أن ينشأ الموت عن شلل في عضلات التنفس مع نوب عمر فيه وكذا عن الغثرتنا الوضعية أو التهاب المثاني التقرحي كما هو الغالب في الشلل النخاعي كما سبق بل الغالب أن يكون سببه وقوع المرض في السل الرئوي كما ثبت في تقاويم كل من سيون وتوينار أو يكون سبب الهلاك مرضاً حاداً يطرأ عليهم كالإماتاب الرئوي أو الشعبي الثقيل حيث يظهر أن مقاومة المصابين بهذا الداء قليلة

وتنضم رئيس الاحبة الخفيفة من النخاع في الاحوال الواضحة النقية سهل وإن كلاً من آلام الأطراف التي تتردد على شكل نوب هي وآلام اليدين والتهب الممرع والنوب المصدية المؤلمة وشلل عضلات العينين واضطراب الابصار مع التغيرات المدركة بالمرآة العينية ولا سيما اضطراب الحركة الذي يتقدم تدريجاً يكسب هذا المرض هيئة خاصة وعند إصابة الخنخ بصير مشي المريض اهتزازاً غيراً كبدسياً عند غلق عينيه وكذلك

تحصل له نوب دوار وحينئذ تنظر أظواهر مرضية غير اضطراب المشى
تدل على إصابة المخيخ كالم لقمحدوى المصوب بالقى وتشجات صرعية
أرشل نصفى جانبي ومحوذك وأما الآلام الواخزة والتعب السريع للأطراف
التي يبتدأ المرض بها والاحساس المنطفي وقد الحساسية فتتقد وأما
ضعف الإبصار أو فقدته فلا تشاهد فيه فقط بل كذلك في أمراض المخيخ والمخ
ولذا كان اضطراب الإبصار وحده غير كاف في التشخيص غير أنه يمكن
الاستدلال بالمرآة العينية على أن الحلة البصرية مكابدة للضوء الخاص
بهذا المرض أو معتريها التغير الخاص بالاورام الدماغية الماشي عن التهاب
العصب البصري وما يخلفه من الضور وكذا البحث عن قابلية الانقباض
العضلي الكهر بائي لا يرتكن اليه في التشخيص فان قابلية تنبيهه
لعضلات قد تكون متزايدة أو طبيعية أو متناقصة ومع ذلك فلا تكاد توجد
متناقصة تنافسا عظيما في الدور الاول من هذا المرض بل تكاد دائما تكون
متزايدة فيه بخلافها في أمراض النخاع الشوكي لاسيما في حالة التهابها فانها
تكون متناقصة من الابتداء عادة وقد يعسر تشخيص هذا المرض سيما في
دور عدم اتضاحه الذي فيه تختلط الآلام الدائرية بالآلام عصبية ذاتية
أو غير هامة الآلام التي تحصل من الإصابات الروماتيزمية والبولوندارية
والاستيريق والزهرية والأحوال غير الواضحة التي فيها لا تكون الاحلة
الخلفية هي المصابة وحدها بل مع غيرها من أجزاء النخاع الشوكي على
اختلاف وظائفها

(المعالجة)

من النادر أن تعرض الطبيب أحوال تكون حديثة وحادة بحيث يرجي
التجراح من المعالجة المضادة للالتهاب بواسطة الاستفراغات الدوائية
الموضعية على الظهر أو حول الشرج والمحولات على القناة المعوية
والجلد بواسطة الراحة التامة والحاجة الجيدة وعند تقدم سير هذا المرض
يجب على المريض صيانة نفسه وعدم التعب والإفراط من المأككل
والشهوات النفسية وقد حل محل رأى الشهير رومبرغ المنتشر القائل بأن
كل واسطة علاجية في هذا المرض لا فائدة فيها فضلا عن كونها مضرة

رأى آخرى العصر المستجد اجود بالنسبة لنفع الوسائط العلاجية في هذا المرض فان تجارب المعلم يماك وبنديكث وغيرهما قد أثبتت بدون شك ان استعمال التيار الكهربي في المستقر في غالب الاحوال ينفع عنه فحسين وقتي متفاوت الوضوح في اضطراب الحس والحركة سيما في السنين الاول من هذا المرض قبل ظهور الاجزاء العصبية بل وفي قليل من الاحوال قد ينفع عن استعماله وقوف تام ستة رجب لثلاثين بل وشفاتام ظاهري وفي أحوال نادرة غير متقدم فيها المرض يحصل شفاتام مستقر ويستعمل التيار المستقر الذي تكون قوته على حسب حساسية المريض بطول العمود الفقري على اتجاها نازل لمدة ثلاث دقائق أو خمسة وفي الدور المتقدم من هذا المرض أى متى حل محل ظواهر التبرج الحذر أو اضطراب الحركة أو ضعف العضلات وجب استعمال التيار على العمود الفقري والاعصاب معالكن لا يستعمل بقوة حتى لا يحدث تنبيهات اندايعقه مخود وشلل عضلات الاربعة والعواصر والعضلات المتوزع فيها أعصاب دماغية قد يستدعى معالجة موضعية مخصوصة ولا يمكن تحديد زمن المعالجة بالكهربائية فانه في بعض الاحوال قد يظهر تأثيرها الجيد بعد زمن قريب ويتضح التحسين وأحيانا لا يحصل هذا التحسين الا بعد مدة طويلة جدا من سنة الى أكثر

وزيادة عن استعمال الكهرباء قد استحصل في العصر الاخير على فوائد عظيمة باستعمال المعالجة المائية ومع الابعاض بها يلزم الحذر من استعمال الطرق القاسية للمعالجة بالماء البارد فقد ينفع عنها ضرر عظيم بواسطة تنبيه الشدود والطرق الجيدة في استعمالها هي تلك بلطف بالماء البارد الذي يكون درجته من ١٦ الى ١٨ رومبر والتغليف بالملاات الممتلئة به والحمامات العمومية والنصفية التي يكون درجتها من ٣٠ الى ٣٤ ومدة الاستعمال من ٥ دقائق الى ١٠ وينبغي استعمال هذه الطريقة في الاحوال غير المزمنة جدا لاسيما حين لم تجد الكهربية نفعاً وأما الحمامات الفاترة التي كانت تستعمل سابقاً في هذا المرض لاسيما مياه مناييغ شاتجيد بادو ولباد وجستين ونحوها وكذا المياه الفاترة القلوية سيما مياه ريميه ومريم بادومر نلباد وتيلنس التي كانت تفضل في الاشكال الضعيفة

غير المؤلمة فقد رفضها الآن الأطباء المختصون بالأمراض العصبية بل
يعتبرون أن مياه الحمامات الفازرة جدا مضرة ولا تستعمل إلا بدرجة ٢٦
لأجل مقاومة بعض الأعراض وتلطيفها كالآلام العصبية والاعتقالات
العضلية ونحو ذلك وأما الأدوية المستعملة في الباطن لاسيما نترات الفضة
الموصى به من المعلم ونذر لش فهو كثير الاستعمال بمقادير صغيرة من ٤
سنجرام إلى ٥ على هيئة حبوب يعطى منها ثلاث مرات في النهار حتى
يستوفي منه من جرامين إلى ثلاثة وهذا الجوهر الدوائي لا يحصل منه على
فائدة إلا في بعض الأحوال غير المتقدمة جدا وأما بودور البوتاسيوم
المستعمل بكثرة أيضا فلم يثبت أن كان يحصل منه على فائدة في الأحوال غير
الناشئة عن الداء الزهري أم لا وكذا الأرحوتين وزيت كبدا الحوت فلم
تظهر لهما فائدة وقد ذكر المعلم روز تسال أنه يحصل على فائدة عظيمة من
استعمال برومور البوتاس في الأحوال المصحوبة بزيادة في التنبيه الانعكاسي
ويضعف عصبي وآلام منخيرة وتشنجات عضلية وتنبيهات تناسلية وعند
وجود آلام شديدة يستعمل المورفين أما من الباطن أو الحقن تحت الجلد
والحمامات الفازرة أو استعمال الكهرباء وعنده وجود الأرق المسفر يستعمل
الكلورال الأدراني

﴿الفصل الثالث﴾

(في أمراض الأعصاب الدائرية)

(المبحث الأول في التهاب العصبى)

(كيفية الظهور والأسباب)

التغيرات الغذائية النهائية نادرة الحصول في الأعصاب الدائرية وتصيب
تارة الألياف العصبية نفسها وتارة الغمد العصبي فالشكل الأول يعتبر التهابا
جوهريا أو ينتهي بفساد الب العصب واستحالة إلى مادة جينية رقيقة
شحمية وأما الشكل الثاني ففيه يتكون نضج بين الخمل أو غموم منسوج
خلاوي جديد التكوين به يحصل نخع عظيم في الغمد ونذران ينتهي هذا
التهاب بالتفج ويستكمل فيما بعد على الاحتقان المنتشر للغمد العصبي
الذي شوهد أحيانا في أحوال التيتنوس في بعض الأعصاب المجروحة

بدون تكون نضج التهابي فيها

والاكثر اسباب القمة للالتهاب العصبي الاصابات الجرحية للاعصاب لاسيما جرحها والوخز به والرض والجروح المزقية وفي بعض الاحوال ينشأ الالتهاب العصبي من امتداد التهاب الاعضاء المجاورة الى الاعصاب وهناك احوال نادرة شوه حصول الالتهاب فيها حصولا ذاتيا وبسبب حيث يشذ بالالتهاب العصبي الروماتزمي

﴿الصفات التشريحية﴾

التهاب الغمد العصبي يعرف باحمرار كثير أو قليل متعلق اما بامتلاء الاوعية بالدم أو بانسكاكات دموية صغيرة ويكون الغمد العصبي مع ذلك مسترخيا منتفخا رطبا وهذا ما يكون سير الالتهاب العصبي حادا مؤديا بالتنقيص بشاهد القبح بكمية عظيمة أو قليلة في المنسوج الخلوي الحش المحيط بالاعصاب وعند ما يكون سيره مزمنيا يكون الغمد العصبي ثخينا متمسكا ثقا ذا هيئة ندبية ملتصقا بالتصاقا متينا بما حوله وأما التهاب اللب العصبي فيعرف باحمراره واتمخاخه ورخاوته وفي الاحوال الشديدة من هذا الالتهاب يتحول الى عجينة جراء وفي الغالب يشترك مع القمدى الالتهاب وحيث يشذ تكون حزم الالياف العصبية متباعدة عن بعضها بسبب اتفخاخ غمدها ووجود نضج التهابي بينها وفي بعض الاحوال يحصل امتصاص في اللب العصبي من العصب المتهب فلا يبقى منه الا أثر حبل متكون من منسوج خلوي

﴿الاعراض والسير﴾

اعراض الالتهاب العصبي لا يمكن تمييزها عن اعراض الالتهاب العصبي تميزا واضحا وبعبارة أخرى الالتهاب العصبي من جملة الاسباب المختلفة المحدثة للالتهاب العصبي فالعرض الرئيس له هو ألم يتبع سير العصب المتهب وينتشر ويتشع على مسير تفرعاته الدائرية وهذا الألم يزداد عند الضغط على العصب المتهب ولا يظهر فيه ثورات ولا انحطاط واضح بل ولا نوب وقتران واضحة كما في أشكال الالتهاب العصبي وعند وجود هذا الألم يقص احساس الألم في الاجزاء المتوزع فيها العصب المتهب وهذه الظاهرة

وان كانت ترى غريبة عند التأمل السطحي الا انها سهلة التوجيه فان
التنبية المرضي في جذع العصب الملتب الذي يحدثه التغير الالتهابي في
اللب العصبي أو التمدد الى الدماغ فينتج عنه الاحساس بالآلم الشديد غير
ان الصفر الملتب من العصب نفسه يكون موصلا غير جيد لهذا التنبية ولذا
ترى ان المهيئات المؤثرة على الانتهاء العصبية الدائرية والحلمات العصبية
الحساسة لاتصل بكيفية تامة الى الدماغ أو لاتصل اليه بالكلية فلا تحدث
حينئذ الاحساس غير واضح أو انه لا ينتج عنها احساس بالكلية وفي
الابتداء يحس المريض في الاجزاء الدائرية من العصب الملتب بتشنج
أو خدر ثم ان لم يقبل الالتباب تفقد هذه الاجزاء حساستها بالكلية فلا تتأثر
من المؤثرات الظاهرة مع الآلام التي لم تزل مسفرة على شدتها وان كان
العصب الملتب محتويا على الياف محركة انضم الآلام انقباضات
عضلية مع ان قدرة المرضي على فعل انقباضات عضلية ارادية تتناقص
أو تفقد بالكلية وهذا الامر مبني أيضا على التهييج المرضي في الالياف
العصبية المحركة الناتج عن الصفر الملتب مع فقد قابلية توصيل التيار
العصبي لهذا الجزء وان كان العصب الملتب سطحي الوضع امكن ان يحس
به على هيئة حبل صلب ويشاهد الجلد المغطى له حمرا اقل قليلا
او ذميا ويا والحي تفقد في غالب الاحوال التي فيها لا يوجد التهابات سوى
الالتهاب العصبي

وسير الالتهاب العصبي يكون إما حادا أو مزمنًا فكما كان سيره حادا
واعقب الآلم العصبي ضعف الحساسية أو شلها أو انقباضا عضليا ساغ الحكم
بان مجموع هذه الاعراض تنج عن الالتهاب العصبي وفساده وفي الاحوال
التي فيها يتدخل الالتهاب يبق العصب مناعا ولا غير قادر على تميم وظائفه
وأما اذا كان سيره مزمنًا فانه يحصل كذلك ضعف الحساسية أو شلل متى كان
العصب منفصدا السكن ان يبق الجوهر العصبي محفوظا واعتراه فقط ضغط
مستمر من جهة التمدد المنتفخ المتيسر اعترى المريض آلام عصبية
أو انقباضات عضلية تشعبيه في الاجزاء المتوزع فيها العصب الملتب مدة
سنين عديدة

﴿المعالجة﴾

ينبغي ابتداء اجراء ما تستدعيه المعالجة السببية كإخراج الاجسام القرية
 الواخزة النافذة في العصب الملتب ومعالجة التهاب المنسوجات المجاورة
 له بعناية الدقة ومع ذلك نستعمل الاستفرغات الدموية الموضعية كإرسال
 العلق أو المحاجم النشرة على طول العصب الملتب ووضع الكمادات
 الباردة مع تكررها واستمرارها وان طال مدة المرض وكان وضع العصب
 سطحيًا وجب ذلك بالمرهم الزئبقي على الجلد المغطى له وان كان التهاب
 العصبي شديداً استعملت المصرفات القوية بواسطة الحرارة بق أو الماء في
 الاحوال المستوجبة لذلك أو بواسطة السكي بالحديد المحمي ~~ك~~ كما سطحيًا
 خطياً وان بقي العصب بعد قطع سير المرض غير منفسد ومضطرباً في وظائفه
 وجب استعمال التيار الكهربائي لأجل إعادة قابلية تنبيه العصب الى
 حالته الطبيعية بواسطة التنبيه الكهربي بالتيار المنتظم المتكرر

﴿المبحث الثاني﴾

(في الاورام العصبية)

(المعروفة بالنيروم)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الاورام العصبية عبارة عن تولدات تنشأ امان الاغمدات العصبية أو من
 الالياف العصبية نفسها فتكون امان من منسوج خلوي جديد التكوين
 أو من الالياف العصبية نفسها وقد ميزت الاورام العصبية المتكونة من
 الالياف العصبية أو التي يغلب في تأليفها هذه الالياف العصبية عن
 الاورام المتكونة معظمها من منسوج خلوي ومهيت الاولى بالاورام
 العصبية الحقيقية والثانية بالغير الحقيقية غير ان لهذا التمييز أهمية
 تشريعية مرضية فقط لا اكلينيكية

واسباب الاورام العصبية مجهولة وتشاهد في الذكور والاناث وفي
 جميع اطوار الحياة على حد سواء والقول بان جروح الاعصاب ينشأ عنها
 اورام عصبية ليس ثابتاً ولهذا الاورام بعد استئصالها ميل للكف

في الصفات التي تشر بحية

الاورام العصبية تظهر على هيئة تولدات مستديرة وبيضاوية تابعة لسير العصب ذات قوام يابس مرين ومخاط بغمديني وحجمها من حبة الدخن الى قبضة اليد بل أزيدو بحسب كون الجوهر الكائن بين الالياف العصبية ليفيا او عصبيا أو مخاطيا قدميز ورجوف الاورام العصبية الى ليفية وعصبية ومخاطية وتشغل زيادة عن المنسوجات السابق ذكرها على قباويف صغيرة ممتلئة بسائل ومجلس هذه الاورام اما على جانبي العصب أو تنشأ من باطنه وبحسب اختلاف مجلسها يختلف عدد الالياف العصبية المختلطة معها والمحيط بها أو كثر الاعصاب مجلسا هذه الاورام الاعصاب الشوكية ومع ذلك فهناك مشاهدات تدل على وجودها في العصب السباتوي أو في الاعصاب الدماغية لاسيما العصب العمى والعادة ان يوجد ورم عصبي واحد لا يكون حجمه بنسبة العصب الناشئ منه وقد يوجد منها عدد عظيم في عصب واحد وهناك أحوال أخرى تشهد فيها عدة من الاورام العصبية ناشئة من اعصاب مختلفة ويظهر ان الاورام الصغيرة المتحركة تحت الجلد المائلة جدا المسماة بالدرن المثلث من جملة الاورام العصبية ولولم يثبت ارتباطها بعصب جلدى ولم يوجد فيها ألياف عصبية

في الاعراض والسير

الاورام العصبية الدائرية التي يمكن معرفتها تتضح بظهور ورم مؤلم كثير المقاومة أو قبلها مرين ومجلسه على سير أحد الاعصاب الجلدية وليس له غالباً الا حركات جانبية ومغطى بجلد غير متغير ولم يتشعع من هذا الورم الى دائرة العصب وتفرعاته الانتهازية وهذا الالم لا يكون مستقرا بل ذا نوب وقرات ويتزايد اذ ياد اعظيها لابطاق بادئ ضغط على الورم ولو باحتكاك الملايس كما أنه يزاد أيضا بالحركة وتأثير البرد وغير ذلك من المؤثرات التي تثير الالم وقابلية التوصيل العصبي يعقرها تغير في الورم العصبي كما ذكرنا ذلك في التهاب العصبي بحيث ينضم للالم الاحساس بالتفيل والتدريم مع ضعف حساسية أجزاء الجلد المتوزع فيها العصب المريض ويندر ان ينتج عن تغير الالياف العصبية الحركة انقباضات تشنجية أو شلل - ثم ان تشعع الالم من العصب المريض الى الاعصاب المجاورة له والاضطرابات العصبية المنتشرة

التي تصاحب التغير العصبي الموضعي أحيانا توجد في كل من الاورام
والالتهابات والالام العصبية على اختلاف منشأها وسنتكلم على
ذلك في المبحث الآتي ثم ان الورم العصبي ينمو وغوا بطيئا وبعد وصوله في
العظم الى درجة ثابتة على حاله وهو من الامراض المؤلمة جدا التي
يحدثها الاضطراب في نوم المريض وراحته يمكن ان تؤدي لنزوة عظيمة
وهذه الظواهر المذكورة توجد بالخصوص في الاورام العصبية الصغيرة
الحجم المنفردة مع انها تفقد في العظم منها والمتعدد بحيث يمكن ان تفقد
جميع الظواهر المدركة للمريض في الحالة الاخيرة ولا يمكن تشخيصها
الا بالعلامات الحسية

﴿ المعالجة ﴾

لا يمكن تحليل الاورام العصبية بواسطة المعالجة الدوائية فالواسطة
العلاجية المجربة الموصى بها هي الاستئصال فقط

﴿ المبحث الثالث ﴾

(في الآلام العصبية)

حيث ارتسكنا الى الآن في شرح الامراض ونقيمها الى التغيرات
التشريحية الخاصة بها فلا بد ان نشرح الآلام العصبية وجعلها مرضا
مستقلا مثل التهاب العصب والاورام العصبية فان الآلام العصبية
عبارة عن مجموع امراض لا تتعلق بتغيرات تشريحية دائمة ولكن حيث
لا يثبت في غالب احوال الآلام العصبية وجود تغيرات تشريحية وان
وجدت احيانا فانها لا تكفي في توجيه الالم العصبي التزمنا ان نضرب صفحا
عما ذكر ونشرح الآلام العصبية في مبحث منفرد على حدته كغيرها من
امراض المجموع العصبي التي لا يمكن نسبتها لتغيرات تشريحية مدركة

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

كل احساس بال ألم ينشأ بالكيفية الآتية وهو ان كل تنبيه يحصل في
الاعصاب الحساسة بواسطة مهيج شديد غير طبيعي يمتد الى الدماغ
فكذلك الاحساس بالالم المعبر عنه بالالم العصبي ينشأ عن تنبيه الاعصاب
الحساسة وامتداده الى الدماغ وحيث كان كذلك فغير الالم المنسوب للآلام

العصبية عن غيره من الاحساسات المؤلمة يكون مبنياً فقط على ان تنبيه الاعصاب الحساسة في الاكلام العصبية يحصل اما بهيجات اخرى اى غير المهيجات الحديثة للآلام عادة أو بتأثيرها على اصفار اخرى من الاعصاب الحساسة خلافا لما يحصل في باقى اشكال الآلام مثلا ان احدث رض أو ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها أو غير ذام المؤثرات المرصية التى تؤثر على الانتهاآت الدائرية للاعصاب احساسا بالآلم أو نشاء هذا الاحساس عن التهاآت أو غيرها من التغيرات المادية للجلد أو الاغشية المخاطية أو الاعضاء الجوهرية لا يسوغ تسمية هذا الاحساس المؤلم بالآلم العصبى لكن ان لم يمكن اثبات تأثير هذه المؤثرات المهيجة على الانتهاآت الدائرية للاعصاب بحيث لا يسوغ اعتبار تأثيرها سببا للآلم الموجود أو عدم القرب للعقل ان تأثير السبب المهيج وقع على جذع العصب لا على انتهاآت الدائرية جاز تسمية الآلم المنتشرة فى انتهاآت هذا العصب الدائرية بالآلم العصبى واشهر مثل للآلم العصبى الذى فيه تحصل الاكلام فى تفرعات احد الاعصاب بدون تأثير سبب مهيج مدرك يؤثر على نفس هذا العصب أو على انتهاآت الآلم الشاغل للعصب فوق الحاجج النافع عن التهم الاجامى وللشكل الثانى الذى فيه تكون الآلام المنتشرة فى انتهاآت أحد الاعصاب ناتجة بلا شك عن تأثير سبب مهيج مدرك فى جذع العصب الآلم العصبى الوقتى للعصب الزندى الذى ينبعج عن رض هذا العصب فى المرفق ومن القرب للعقل أيضا الى الاحوال التى فيها لا يمكن ادراك تأثير السبب الذى أثر على العصب ولا مشاهدته (كما فى الاكلام العصبية الناشئة عن التهم الاجامى مثلا) يكون التأثير فيها واقعا على جذع العصب لا على انتهاآت الدائرية وتؤيد ذلك الاقتصار المحدود للآلم العصبى على الانتهاآت الدائرية لعصب واحد وبقاء الاجزاء المجاورة مصونة عن الاصابة متى كان متوزعا فيها ألياف عصبية حساسة غير ناشئة من عصب آخر فلو كان التأثير المهيج أثر على الانتهاآت الدائرية للعصب لما أمكن توجيه اقتصار الآلم عليها وتحديد كيفية توجيه صون الجهة الكبيرة لاحد الاصابع أو القسم فوق الحاجج لجهة من تأثير المهيج المحدث للآلم

العصبى في الجهة الزندية لهذا الاصبع أو القسم فوق الحاج المصاب وزيادة على ذلك بتأيد القول بمشأ الآلام العصبية من الجذع كما سيأتى وهو أن الآلام في الآلام العصبية لا يكون مطلقاً محصوراً بآفة التوعية السبب وطبيعته اذ من المعلوم أن الحلمات الجلدية المرتبطة بالانتهات العصبية هي مجلس الاحساس بالضغط والحرارة فلو كانت الآلام العصبية الناتجة عن مؤثرات مهيجة غير مدركة أثرت على الجلد لادركت المرضى صفة هذا المؤثر المبهج وطبيعته وكانت تشكى بحرق أو وخز وغيرهما من أنواع الآلام وأما اذا أثر مبهج على جذع عصب عارٍ بان كان جزءاً بارداً أو حاراً مثلاً أو وخزاً أو قرصاً فينشأ عن ذلك مع الدوام كما في الآلام العصبية نوع احساس بالمر واحد ولا يمكن المريض من نوع هذا الآلام معرفة طبيعة الاسباب المحدثة له وبالجملة فما يؤيد هذا القول أيضاً عدم نجاح عملية القطع العصبى في كثير من الآلام العصبية فإن مجلس الإصابة في جذع العصب لا في انتهاته الدائرية ثم إن التغيرات الطبيعية والكيمياوية للعصب المصاب بالآلام العصبى المتسبب عنها التنبيه المرضى مجهولة علينا بل يسوغ لنا أن نقول إن التغيرات المسد كورة ليست عبارة عن تغيرات مادية مدركة فإن قابلية تنبيه الاعصاب تفقد بالكيفية بمثل هذه التغيرات وإن المؤثرات المضرة المحدثة للآلام العصبية لا تحدثها الا متى أثرت على الاعصاب بكيفية واهية بحيث لا تقصد طبيعتها ولا تحدث في منسوجاتها تغيرات تشرىحية مدركة فإن وجد عصب من الاعصاب الذى كان مجلس الآلام عصبى واضح التغير عند البحث التشريعى فمن الاكيد ان الصفر المتغير لم يكن ينبوعاً للآلام بل كان مصاباً بعلامته بغير آخر لا يدرك بالنظر ولا بالنظارات المعظمة ثم ان الاستعداد للإصابة بالآلام العصبية يختلف باختلاف الأشخاص ويظهر ان ارتفاع قابلية التنبيه للجموع العصبى المرضية المعروفة بالضعف العصبى تعبر على الإصابة بالآلام العصبية وتساعد عند النساء أكثر من الرجال وعند الأشخاص القليلي الدم الضعفاً البنينياً أكثر من اقوياءها الدمويين

والاسباب المقيمة أى المهيئات التى متى أثرت على جذع الاعصاب تحدث الآلام عصبية تكون اما معلومة أو مجهولة ولا يجوز ان نهرب عن الآلام

العصبية الناتجة عن مهيئات غير معلومة بالالام العصبية الحقيقية وتبميزها
عن غيرها من الالام العصبية فانه ان أحدث مرض العصب الزندي الواقع
على الجهة الانسية من التور المرفقي أو على العصب الوريكي عند خروجه
من الشرم الوريكي المايشع في اصابع اليد أو القدم هي ذلك أيضا بالالم
العصبى الحقيقى وأجود من ذلك فى الطب العمل ان يعبر عن الالام العصبية
الحقيقية بالالام التى تستمر بعد انقطاع تأثير السبب الذى نشأ عنه
ثم انه بعد من أسباب الالام العصبية المدرجة الكثيرة الحصول أمور
منها جروح الاعصاب بواسطة آلات واخرة كرشة الفصادة أو الابر
أو نحوها فان تفرق اتصال الاعصاب تفرقا تاما أقل خطرا من جرحها
الوخزىة ومنها تهيج الاعصاب بواسطة اجسام غريبة نفذت قريبا من
العصب وبقيت هناك متكيسة ككعبعض قطع الرصاص ونحو ذلك
من الاجسام الغريبة التى تحدث تأثيرا مهيئا على الاعصاب المجاورة
فينشأ عنها آلام عصبية شديدة ومنها الجلب الواقع على الاعصاب بواسطة
ندب منكمشة ومنها الضغط الواقع على الاعصاب بواسطة الاورام
الانورزماوية والعظمية التى يجلسها العظام أو الاسنان والتولات المرضية
كالسرطانات ومنها الاورام العصبية المذكورة فى البحث السابق
ومنها امتلاء الضفاير الوريدية المحيطة بعصب خصوصا عند خروج هذا
العصب من قنوات عظمية ومن ذلك كثرة اصابات الاعصاب بين الاضلاع
فى الجهة اليسرى وكثرة اصابة العصب التوئى الثلاثى فى الجهة اليمنى خصوصا
فرعه الاول أى العصب العينى فانه أكثر اصابة من فرعه الثانى والثالث
وما ذاك الا من نفوذ من قنوات عظمية وكثرة احاطته بشبكة وريدية وقد
تحصل الالام العصبية من تأثير البرد وسمى هذا الشكل حينئذ بالالم
العصبى الروماتزمى وفى هذا الشكل وان لم يتضح بالصفات التشريحية تغيرات
مادية مدرجة بوجهها تهيج العصب الا أنه من القريب للعقل جدا ان منشأ
الالم العصبى فى مثل هذه الاحوال هو احتقان التمدد العصبى وارتشاحه
ارتشاحا أوذيمياويا وهما يزولان بعد الموت وبالجملة بعد من أسباب الالام
العصبية أيضا التسمم بواسطة جواهر مسممة معدنية كالزئبق والرصاص
والنحاس وكذا التسمم بواسطة التصدعات الاجامية ومن المستغرب جدا فى

هذا الشكل من الالم العصبي أى الناشئ بهذه السكيفية ان المؤثر الناتج
عن هذا التغير المرضي العجوى لا يؤثر الا على اعصاب محدودة

﴿الاعراض والسبب﴾

كل الم عصبي يميزه نوعان احدهما الم ثابت يزداد بالضغط قاصر على بعض
اصفار مخصوصة من العصب مماها والكس (بالاصفار المؤلة) وهذا
الم وان لم يكن شديدا جدا الا انه متعب وثانيهما الم فوري أى يظهر على شكل
نوب ويتشع من الاصفار السابق ذكرها على مسير العصب ويكون شديدا
للافاية ثم يرمطاق والاصفار المؤلة توجد خصوصاً في المحال التي فيها يكون
العصب نافذا من قنابة عظيمة أو من غمد وترى ومقبعها نحو السطح الظاهر
ومحيط هذه الاصفار يظهر كثير الاتساع زيادة عما ثبت عند الضغط
عليها بواسطة الاصبع ومن المهم ما ثبت تجارب المعلم بودجيه أنه عند
البحث عن قابلية تنبيه الاصفار المختلفة للاعصاب المحركة في الضفادع
وجد بعضها أكثر تنبيها في بعض المحال وقليلته جدا في محال اخرى
مجاورة للاولى فمن الجائز ان اصفار والكس المؤلة في الاعصاب الحساسة
تطابق بعض اصفار الاعصاب المحركة ذات القابلية للتنبيه المتزايدة التي
وجدها بودجيه في بعض اصفار الاعصاب المحركة وكثير من المؤلفين ينسكروا
وجود اصفار والكس في الآلام العصبية لعدم وجودها ثم ان نوب الآلام
في الالم العصبي تتبع سير العصب تارة الى اسفل وتارة الى اعلى بحيث يتميز
الالم العصبي على حسب ذلك الى الم عصبي نازل والى الم عصبي صاعد وهذا
الاخير نادر جدا وتحس المرضي بهذا الالم أنه غائر جدا لا سطحي ومن النادر
ان تكون نوب الالم قاصرة على بعض فروع قليلة من عصب واحد بل الغالب
ان تم جلة فروع من جذع غليظ لكن يندر ان يكون هذا الالم عاما لجميع فروع
جذع واحد ومن المستغرب جدا ان الالم العصبي كثير اما يمتد وينتقل من فروع
عصب الى عصب آخر منشاء مغاير للاول وكان يلزم مناطق التاموس توصيل
التيار العصبي المنعزل ان لا يتصور حصول هذا الامر الا في الاعضاء
العصبية المركزية بواسطة العقد العصبية غير ان المشاهدة تدل على ان الالم
العصبي كثير اما يمتد من فروع عصب سماغى كالعصب التوائى الثلاثى الى

فرع عصبي فخاعى شوكى كالعصب القمعدوى فهذه المثابة يتعمر علينا
التوجيه فحينئذ تقتصر على مجرد ذكر هذا الامر الغريب ولا يندران تشاهد
اضطرابات في الدورة والتغذية والافراز في الاجزاء المتوزع فيها العصب
المصاب بالآلم العصبي بدون ان يمكننا معرفة الكيفية التي بها ينتقل التنبيه
المرضى من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب الوعائية فيشاهد في ابتداء
نوبة الآلم ان لون الجلد يصير باهتاً ثم يحمر وقت ارتقاء النوبة ويزداد الافراز
كافراز الغشاء المخاطي الاثني والمخيمى والدمعى واللعاب ومن هذا القبيل
أبضاظه ورطخ اكرتهماوى على الجلد كالطفح المنطقي الذي يشاهد في
بعض أحوال الآلم العصبي بين الاضلاع (المسمى بالحر بس المنطقي) وكذا
الضبور العضلى أو الاستحالة الشحمية في عضلات الاجزاء المصاب عصبها
بآلم عصبي مزمن ومن النادر ان يمتد التبرج العصبي المرضى من الاعصاب
الحساسة في الآلام العصبية الى الاعصاب المحركة بواسطة العقد العصبية
ولذا ينبغى الاحتراس من اعتبار الحركات التقلصية كظواهر
انعكاسية

ثم ان سبب الآلام العصبية مزمن عادة ما عدا بعض اشكالها الناتجة عن
تأثير التسمم الاجامى ولا يكاد يكون منتظماً على الدوام بل يشاهد فيه
يقطع النظر عن النوب والفترات المخطاط احيانا وثوران احيانا آخر
متكرر نوب الآلام تارة بكثرة وتصل الى درجة عظيمة من الشدة وتارة يقل
تكررها وتضعف شدتها وتردد نوب الآلام لا يظهر طرزا منتظما الا في
الاحوال التي يكون فيها الآلم العصبي ناتجا عن التسمم الاجامى أعنى في
الاحوال المسمومة بالجيمات المتقطعة المبرقة واما في احوال اخرى فان الطراز
لا يكون منتظما وكذا نوب الآلام لا تحصل «حولا ذاتيا» أعنى بدون سبب
واضح بل تحصل بمؤثرات مختلفة معلومة في ذلك تهيج الجلد في محل توزيع
العصب المريض بواسطة الضغط والدلك أو البرد أو الحرارة عليه ونحو ذلك
وكثيرا ما يظهر ان لمس الجلد بخفة ينتج عنه نوب آلام شديدة بخلاف الضغط
الشديد عليه وكذا حركات الاجزاء التي هي مجلس للآلام كالمنع في أحوال
الآلم العصبي للتوأمى الثلاثى والمثنى في احوال الآلم العصبي الوركي

وفهو السعال والعطاس في أحوال الألم العصبي للعصب بين الاضلاع
كثيرا ما تحدث نوب آلام ولا نفع لالتنفسية تأثير مماثل لذلك
ثم ان مدة كل نوبة لم تستمر بعض ثوان غير ان هذه النوب القصيرة تترد جلة
مرات في ظرف دقيقة أو جلة دقائق ثم تترك المريض ويبقى مصانها
زمنًا كثير الطول أو قليلا بحيث يقال في الحقيقة انه يحصل مدة سير
الآلام العصبية نوب طويلة متجمعة من عدة نوب قصيرة جدا وحيث اننا
مجبورون على ان تصور ان التأثير المهيج الواقع على العصب الناشئ عنه
الآلام مؤثر بكمية مسقرة فالفترة السكونية بين نوب الآلام وبعضها التي
تشاهد مدة سير الآلام العصبية غير واضحة التوجيه فنقتصر في توجيهها
على الظاهرة الفسيولوجية المعروفة من ان تهيج عصب متتهيجا شديدا ينتج
عنه انقطاع قابلية تنبيه هذا العصب مدة تمام الزمن فعلى ذلك تتعاقب في
الآلام العصبية حالة التهيج الشديد مع حالة انطفاء قابلية التنبيه العصبي
ويؤيد هذا ما يشاهد من انه بعد نوب آلام شديدة جدا تصبح الالتهابات
الداخلة للعصب المريض ضعيفة الاحساس زمنًا أو فاقدة له بالكافة بحيث
لا تتأثر من المهيجات الظاهرة ومن أنه بواسطة الضغط الشديد على الاصفار
المؤلمة يمكن احداث نوبة الم عصبى شديدة بتكرار الضغط بعدها لا تحصل
هذه النوبة

ثم ان مدة الآلام العصبية يمكن ان تستمر مدة سنين والانهاء بالشفاء قبل
الافى أحوال الآلام العصبية الناتجة عن التسمم الاجامى والروماتزمى وكذا
الانهاء بفقد الحساسية العصبية التي كان حقه ان يكون كثير الحصول
بسبب دوام تأثير السبب المهيج على العصب واستقراره نادرا أيضا وفي كثير
من الاحوال يبقى الآلام العصبى على حالة واحدة و يستمر الى الممات غير ان
هذا الانتهاء المخزن لا يحصل من الآلام العصبى نفسه بل من مضاعفات أخرى
تطرأ على المريض او من الاستجالات المرضية الناشئة عنها الآلام العصبى

﴿المعالجة﴾

المعالجة السببية تستدعى في الاحوال التي فيها يكون الآلام العصبى ناتجا عن
ضغط أو جذب نشأ عن اجسام غريبة أو ورم أو ندبة التهابية منكمشة

تستدعى وسائط جراحية والاحوال التي فيم الالم العصبي لا يزول احيانا
 عقب ازالة الجسم الغريب أو استئصال الورم الكائن بقرب العصب لا تمنعنا
 من اجراء تلك الوسائط فانه لا يمكننا قبل فعل العملية معرفة كون
 الالم العصبي صار اعتياديا أعني ان السبب المضر الذي أثر على العصب هل
 احدث فيه اضطرابا مضر ضا مسفر الا يزول بعد زواله أم لا وفي أحوال الآلام
 العصبية الروماتزمية الناتجة عن احتقان وأوذما في الغمد العصبي كما ذكرنا
 تستدعى المعالجة السببية المصروفة في الجلد كالمثبطات أو المقص أو الحديد
 المحمي وأما الجوهر الدوائية المضادة للروماتزم التي تستعمل من الباطن
 في أحوال الآلام العصبية الروماتزمية فيندران ينتج عنها نجاح ماعدا
 الحمامات الفاترة الصناعية أو الطبيعية المنتظمة كحمام ولباد وبادنباد
 ووسباد فانه ينتج عنها نجاح عظيم وأما في أحوال الآلام العصبية الاجامية
 ذات الطرز المنتظم المتقطع فيحصل فيها استعمال المركبات الكيمنية
 المضادة لتسمم الاجامى نجاح عظيم جدا وأما الآلام العصبية الناتجة عن
 التسمم بالمركبات النحاسية أو الزئبقية أو الرصاصية فاجود ما يستعمل فيها
 مع النجح الحمامات الكبرى وتعالى المركبات الكبرى بنية من الباطن
 وبالجملة فان المعالجة السببية تستدعى مضاربة الاستعداد البنى الناتج عنه
 الالم العصبي وحيث نعلم ان هذا الاستعداد كثير اما ينتج عن حالة اقباضية
 فالغالب ان للمناعة قوة تامة ومدخلا عظيما في مقاومة هذا الاستعداد
 ولا ينبغي القول بان كربونات الحديد جوهر نوعى مضاد لآلام العصبية غير
 انه اذا كان قسرا الدم هو السبب القوي في منشأ الالم العصبي فلكربونات
 الحديد وغيره من المركبات الحديدية منفعة تامة وبهذه السكيفية يكون
 للطرق العلاجية المتنوعة للتغذية والمحنة تأثير كاف

وأما معالجة الالم العصبي نفسه فانها تستدعى في الاحوال التي فيها لا يمكن
 تبعيد السبب الناتج عنه الالم العصبي اما تعادل الاضطراب الغذائى الناشئ
 هو عنه او ازالة قابلية تنبيه العصب المريض أو منع توصيل التنبيه المرضى
 الى الدماغ
 وأقوى الوسائط العلاجية التي بها يمكن الحصول على الغاية الاولى

استعمال الكهر بائية سواء كان بواسطة التيار المتقطع أو المستمر اذ بهما يمكن الحصول على نجاح عظيم وقد تكررت المشاهدات والتجارب بهذه الواسطة العلاجية في معالجة الآلام العصبية ولتذكر مفضل التجارب التي فعلت بهذه الطريقة العلاجية مع اليجاز فقول

أولاً سانه في معالجة الآلام العصبية بواسطة التيار المتقطع أجد ما يستعمل من الموصلات المعدنية ما يسمى بالفرشة الكهر بائية وذلك بان يمس بها على مسير العصب المريض في أثناء إعطاء الموصل التحرييد المريض بعد وضع اسفنجية مبتلة فيه أو وضعه على صفة اخر من الجسم وفي أثناء المس بالفرشة على مسير العصب المريض ينبغي التأثير بهازمات طويلة على الاصفار المؤتلة (وهذا ما يسمى بالمقص الكهر بائية)

ثانياً - ان كثير من الآلام العصبية التي عولجت بالوسائط العلاجية المختلفة بدون ثمرة يمكن ان تشفى بعد استعمال التيار الكهر بائي المتقطع بهذه الكيفية بتكرار الاستعمال من اثنتي عشر الى عشرين مرة في كل يوم أو يومين مرة واحدة وقد تشفى باقل من ذلك شفاء تاما وفي أحوال أخرى قد لا يحصل أدنى تأثير ولا شفاء

ثالثاً - أنه يمكن الحكم من ابتداء هذه المعالجة على الشفاء بواسطة التيار المتقطع أو عدمه من أول استعمال فان التحسين أو الشفاء لا يحصل الا في الاحوال التي فيها تنافس الآلام حالاً بعد أول استعمال كهر بائي ولو مدة قليلة من الزمن أو التي فيها يكون التحسين واضحاً وتاماً وأما الاحوال التي فيها لا يحصل هذا التأثير حالاً بعد استعمال التيار الكهر بائي فلا يتعشم في شفاؤه اوحينئذ فالاستمرار على المعالجة غير مفيد

ثم ان استعمال التيار الكهر بائي المتقطع بهذه الكيفية مؤلم للغاية ولذا لا تستمر المرضى على استعماله الا بعد التأكد من تأثيره الجيد بتجاربها الشخصية فتستمر مع الجلد والصبر على استعماله ولو كان مؤلماً وكانت ثمة وتصبح وقت استعماله ويظهر في محل تأثير التيار الكهر بائي احمرار واريق في الجلد يستمر زمناً طويلاً ولا تتعرض هنالك لتأثير الذي يحصل به الشفاء من التيار الكهر بائي المتقطع وان كان مثل الكي الخطي الذي

مدحه الطيب والكس (وهي طريقة العرب) أو غيره من المصنفات
 والمهيجات الجلدية أعني ناتجة عن التحول على الجلد أم يحصل بكيفية أخرى
 وأقوى من ذلك تأثيراً في معالجة الآلام العصبية استعمال التيار
 الكهر بائي المسقر إذ توجد أحوال لا يحصل فيها على فائدة من التيار
 المتقطع تشفى ولا يد بالتيار المستمر وأما العكس فلم يشاهد وينبغي وضع
 القطبين على مسير العصب المريض وأنما يوضع القطب الخارصي بدون
 الالتفات لاتجاه التيار الكهر بائي على الجزء إلا كثيراً لا من العصب
 أو على الأجزاء التي فيها يسير العصب المريض سطحياً كالثقب تحت الحاج
 أو فوقه أو الثقب الزوجي الوجهي أو الثم الموركي وأن تبصر كما في الشدق أو
 الأنف أخذ العصب بين القطبين وجب ذلك بأن يدخل أحدهما في الأنف
 أو الفم إلى الصفر الذي يخبر المريض بأن الألم يشع منه ويوضع القطب
 الآخر على الصفر المقابل له من الجلد الظاهر واستعمال التيار الكهر بائي
 المسقر لا يكون في الابتداء كثيراً إلا باللام لكن عمال قليل يحس المريض بالألم محرق
 ناخس يزاد شيئاً وحينئذ يكون عدد الأزواج الكهر بائية المستعملة
 عظيم يرتقي إلى درجة غير مطاعة وتغيرات الجلد التي يحدثها التيار
 الكهر بائي المسقر في محل تأثيره عظيمة جداً متى استمر تأثير القطبين زمناً
 طويلاً وهي أعظم من التغيرات التي تنتج عن استعمال التيار الكهر بائي
 المتقطع وليست مثلها عبارة عن احمرار وارتها فقط بل هي عبارة عن
 انتفاخ عظيم في الجلد وازدياد في حجم الأجزاء الكائنة أسفل منه
 وظهور حلمات أو تعقدات عليه يتفشك سطحها الظاهر عند استقرار
 التأثير وكون التغيرات المذكورة لا توجد في محل تأثير التيار الكهر بائي
 المسقر بل تحصل كذلك في الأجزاء البعيدة ينتضج مما ذكرناه من ازدياد
 حجم المنسوجات الكائنة أسفل الجلد والعضلات التي أسفل منه أيضاً
 وينضج كذلك من التجارب المفيدة المهمة عند توجيه تأثير التيار الكهر بائي
 المسقر في الآلام العصبية وغيرها من الأمراض العصبية وبعض أمراض
 العضلات والمفاصل فانه مثلاً بوضع الجهتين الاتسيتين من الساعدين فوق
 بعضهما متصالبتين ووضع القطبين الموصلين على الجهتين الوحشيتين لا يحمر

فقط الصفران الموضوع عليهما القطبان بل كذلك الصفران المقابلان لهما
من الجهتين الانسيبتين وفي العادة يحصل عقب استعمال التيار المستمر حالا
راحة كما يحصل عقب المنقطع لكن احيانا يرتقي الالم ابتداء بدون ان يمنعنا
ذلك من استمرار المعالجة ويظهر لي ان التأثير الشافي للتيار المستمر في اغلب
الامراض العصبية يوجه بكون الدورة والتبادل العنصري في الاعصاب
المريضة وفي اغماضها والاجزاء المحيطة بها تنوع بواسطة التيار الكهربائي
بتأثيره على الاعصاب الوعائية والى ما تحقق من ان استعمال التيار المستمر
المخالف للتيار المنقطع بالنسبة لتأثيره الكيماوي في الماء والمحلولات المحيية
والزلال ونحو ذلك من اهم الامور في الطب العملي بعصرنا هذا واجودها فنجاحا
وانه واسطة اقوى من جميع الوسائط في تنويع تغذية الاجزاء الغائرة وبلي
المعالجة الكهربائية في الالام العصبية استعمال الحرارة ببق والمقص والحديد
المحمي والمحولات الجلدية المراد منها التحويل على الجلد والسكى الخطي
السطحي على العصب ممدوح جدا في فرانسا ونعتبر من اقوى الوسائط في
الالام العصبية

وأما الوسائط التي يقصد بها ازالة الغاية الثانية اعني ازالة قابلية تنبيه
العصب المريض فغها التبريد والمستعمل لاجل ذلك زيادة عن الوضعيات
الباردة والجليدية التشنج او الدلك بالانيسير أو الكلور وفورم او السائل
الهلندي (اي كربوليدروجين السائل) فانها عند تطايرها تحدث تبريدا
عظيما جدا وكونها اجود تأثيرا من الوضعيات الباردة مبني على انها زيادة
عن احداثها للتبريد يستنشقه المريض فقصت عنده درجة من الخدر
ومنها الدلكات على الجلد بمرهم الوراثرين (من أربع قعحات الى
عشرة على نصف أوقية من الشحم أعني من ٣ ديسجرام الى ١٥ على ١
جراما من الشحم أو بمرهم) الا كونيت أي خاتق الذهب بوضع قعحة منه على
درهم من الشحم وعند استعمال مرهم الوراثرين نحس المريض بالكلان
مخصوصا في الجلدي نتج عنه خدر في الالام احيانا وعند استعمال مرهم
الا كونيت يصير الجزء الواقع عليه الدلك قليل الحساسية جدا فلا يتأثر
من المهيجات الظاهرة ومنها المركبات الايونية لاسيما المورفين بطريقة
الحقن تحت الجلد بان يوضع من ربع قعحة منه الى قعحة في جرام من الماء

ويستعمل هذا المحلول بحقنة برافاذا اتى تسع نحو حرام من السائل ويحقن
بربع هذا السائل او نصفه او اكثر على حسب طاقة المريض وشدة الآلام
وهذه الطريقة الاخيرة تسكينها ونجاحها واضح جدا في الآلام العصبية
حتى كادت تعبر الآن عامة الاستعمال لانها من أقوى الوسائط المسكنة
وأما الغاية الثالثة في معالجة المرض نفسه فالقصد منها قطع توصيل التنبيه
العصبي من الاعصاب المتجهة الى الدماغ واعظم واسعة لذلك هي قطع
العصب بين الدماغ والعضو المريض أو استئصال جزء منه وهو الاجود حيث
ان القطع البسيط للعصب يلحق بسهولة وعدم نجاح هذه العملية في كثير
من الاحوال ناجح في الغالب إما عن قطع عصب غير العصب المريض أو قطع
العصب المريض نفسه في الجزء السكائن اسفل المحل المصاب فيه اعني في
الطرف الدائر للعضو المريض ومما يتأصف عليه ان قطع ما يلزم من العصب
في العضو الضروري غير ممكن في غالب الاحوال فان السبب المضر المحدث
للآلام كثيرا ما يؤثر على صفر من العصب لا يمكن الوصول الى اعلى منه وأما
طريقة كي العصب لاجل قطع توصيل تنبيهه الى الدماغ فهى طريقة
مدمومة غير ناجحة وأما الضغط على العصب فهو واسطة تسكينية فقط وكذا
الجواهر الدوائية التي يظن ان لها تأثيرا نوعيا في الآلام العصبية كالمركبات
الزرنيفية على شكل المحلول الزرنيقى لفولير والاستحضارات الحارصينية
لا سيما واليريانات الحارصين وايدروسياوزوتترات الفضة وغيرها
من الجواهر المعدنية والنباتية قليلة النجاح جدا فان هذه الوسائط
العلاجية وان فجع بعضها احيانا نجاحا عظيما فليس في معظمها ثمرة دائمة

(المبحث الرابع)

(في الآلام العصبية التوأمية الثلاثية المسمى بالتريك المتوأم)

(وبالآلام الوجهية لفورنرجيل)

(كيفية الظهور والاسباب)*

العصب التوأمية الثلاثي اكثر اصابة بالآلام العصبية بعد العصب الوركي
ويوجه ذلك بان كثيرا من فروعها ينقل من قنوات وثقوب عظمية
ضيقه بحيث كثيرا ما يعتريها الضغط وبأن فروعها متوزعة في اجزاء

من الجسد عارضة ومعرضة لتأثرات الجوية والبردية والذى يؤيدان فروع
العصب التوأمى تكون كثيرة التعرض للاصابة بالالام العصبية
بسبب مرورها من قنوات عظمية ضيقة كما قاله المعلم هرقل ان فرع الزوج
الخامس المار من ثقب عظمى واسع وهو الثقب الوندى الحنكى الى
الاثني يكون مصونا عن الاصابة بالام العصبى بخلاف العصب تحت الحاج
والعصب الوجنى والفكى العلوى والسفلى فانها كثر اصابا
بهذا الالم

ويندر ان يكون هذا الالم ناجما عن اجسام غريبة نفذت تحت الجلد (كقطع
صغيرة من الزنجار) او من تولدات مرضية قربية تضغط على فروع العصب
التوأمى الثلاثى عند سيرها الى الوجه فتضغط عليها واكثر من الاسباب
السابقة حصولا لوجود تغيرات فى القنوات العظمية ينشأ عنها التهييج
المرضى للاعصاب المارة فيها كتفلس الجدر العظمية للفتاة تحت الحاج
او ورم عظمى فى جلدور الاسنان كما فى الالم العصبى الفكى السفلى
وكثرت وتسكاثف فى عظام الجمجمة مع ضيق فى تكوينها وكالتهم بالانقسام
واتفاحها وفى احوال أخرى وجد ان الالم العصبى التوأمى الثلاثى ناتج عن
اورام او نورزماوية وتولدات جديدة وتخنق فى الام الجافية او اورام عظمية
داخل الجمجمة تضغط على جذع هذا العصب وتحدث فى فروعها آلاما عصبية
منتشرة ولا يوجد فى تاريخ الطب مشاهدات تؤيد منشأ هذا الالم منشأ
مركزيا وهناك حالة فقط ذكرها الشهير رومبرج فيها اسفر الالم العصبى
ستة وعشرين سنة وعند فعل الصفات التشريحية وجدت بؤرة مرضية فى
القطرة الدماغية الا أنه مع هذا وجد فى الجثة أيضا ورم نورزماوى فى
الشريان السباتى ضاغط على جذع العصب التوأمى الثلاثى فكان هذا
الورم فى حد ذاته كافيا فى توجيه الالم العصبى

والغالب أن لا توجد تغيرات مادية مدركة محدثة لهذا الالم العصبى ومن
القريب للعقل جدا ان هذا المرض فى مثل هذه الاحوال يكون ناجما عن
تأثير البرد الذى يؤدى لحصول احتقان وارتشاح أو ذبما وبين فى القسم
العصبى يزولان بعد الموت وأما حصول التيك المؤلم المظنون بأنه ناتج عن

تأثير داء النقرس أو البواسير أو عن اقطاع العرق أو الطفحعات الجلدية
 اقطاعا فجائيا فشكل فيه وأما حصول هذا الالم بواسطة التهمم الاجامى
 فأكثر من غيره من جميع الآلام العصبية
 وقد ثبت بقوائم تعداد المشاهدات المرضية ان هذا الالم العصبى نادر فى سن
 الطفولية وان أكثر حصوله من سن الثلاثين الى الخمسين وانه يصيب النساء
 أكثر من الرجال

في الاعراض والسير

من المعلوم ان الآلام التى تعترى المر يض المصاب بهذا الالم العصبى
 تكون أكثر انتشارا كلما كان الفرع العصبى المصاب المؤثر عليه السبب
 المرضى المحذ للآلام أكثر غلظا والعكس بالعكس بمعنى ان اقتصار الالم على
 جزء صغير يدل على ان الفرع العصبى المصاب دقيق جدا وحيث ان الفروع
 العصبية لكل عصب تكون أكثر عددا كلما كان العصب المصاب اقرب من
 منشأه المركزى وأقل عددا اذا كان هذا العصب قريبا من سطح الجسم
 يتضح بسهولة ان سبب الالم العصبى يكون دائريا متى كان الالم
 قليل الانتشار ومن كثر يا متى كان كثيرا بحيث يكون السبب المؤثر
 فى نفس الجهة وفى الحقيقة يشاهد فى الآلام العصبية الناشئة عن
 ضغط واقع على جذع الزوج الخامس آلام فى جميع الاجزاء المتوزعة
 فيها الفرعات الحساسة لهذا العصب فتشاهد آلام فى الجهة المقدمة
 للاذن وجلد الجهة والصدغين والوجه وباطن العين والاذن والهامة وجسم
 اللسان وقبوة الحنك والاسنان بل والتظاهر فى الام الجافية أيضا ويوجد
 فى هذا الالم جملة اصفار مؤلمة ذكرها المعلم والكس لكننا لا ننبه الا على
 ثلاثة منها وهو الصفر المؤلم الموازى للثقب فوق الجحاج وفوهة الثقب
 تحت الجحاج والثقب الذقنى ثم ان كان مجلس الالم العصبى الفرع الاول
 للتوأمى الثلاثى كان تشمع الالم فى تفرعات العصب فوق الجحاج وكان مجلسه
 فى الجهة والحاجبين والجفن العلوى ويندر ان يحس بالالم فى باطن العين عقب
 اشتراك الفرع تحت الجحاج وفى الزاوية الانسية للعين والجهة الدمعية وبوجه
 بالفرعات العصبية من الفرع الاول لهذا الزوج المتوزعة فى الغدة الدمعية

والمقصة كل من الافراز الدمى الغزير واحرار المقصة الذى يكاد يشاهد على الدوام فى الالم العصبى من هذا العصب سيما عند انحطاط نوب الالم - وان كان الفرع الثانى من التوأى الثلاثى مجلس الالم كان ثوران الالم واشتدادها فى الاجزاء المتوزع فيها العصب تحت الحجاب أعنى فى الجفن السفلى وجناحى الانف والشفة العليا والصف الاعلى من الاسنان وفى هذا تصطبج نوب الاكلام احيانا بافرز مائى أو مخاطى من الغشاء المخاطى الانفى وأما الالم العصبى للفرع الثالث من هذا العصب فنادر لا سيما فى العصب الاذنى الصدغى واللسانى وأكثر من ذلك حصولا مشاهدة الالم العصبى فى العصب السفلى لا سيما فى تفرعات العصب الذقنى بعد خروجه من الثقب الذقنى وحينئذ تكون الاكلام منتشرة فى الذقن والشفة السفلى وكثيرا ما يكون الالم العصبى فى الفرع الثالث من هذا العصب مصحوبا بتلعاب وهذه الظاهرة تطابق تجارب المسلم لوديج مطابقة تامة - وحيانا يكون مجلس الالم العصبى فى تفرعات الفرع الثانى والثالث من العصب التوأى الثلاثى المصاحبة لتفرعات العصب الوجهى وبذلك يتضح ما كان يظن سابقا ان مجلس هذا الالم العصب الوجهى حتى متى به

وتتشكى المرضى فى الالم العصبى الوجهى كثير من الاكلام العصبية اما بالأمم مسقر يكون مجلسه بعض اصفار العصب التوأى الثلاثى وتارة بنوب آلام مهولة ناخسة تنتشر بسرعة صاعقة مساعدة أو نازلة تنقطع فجأة بعد نصف دقيقة او دقيقة ثم تتردد ثانية حتى تزول النوبة المتسكونة من جملة ثورات مؤلمة صغيرة (وهذا هو السبب فى تسميته بالتيك) وفى أثناء النوبة قد يحصل اختلاج فى الوجه لكن الغالب ان لا يكون غير ارادى فان القسيس بارتينس الذى شرح الالم العصبى وكان مصابا به ذكر مع الايضاح انه كان يمكنه القسدى على الخطبة فى أثناء النوبة ونوب هذا الالم تظهر تارة ظهورا ذاتيا بعارز غير منتظم ماعدا الالم العصبى الناشئ عن تأثير التصعدات الاجبية وتارة تتساعن بعض المؤثرات كما ذكرنا ذلك فى البحث السابق سيما عند التكلم والعطاس والتثاؤب والسعال والتقيط وتعاطى المطعومات الباردة او الساخنة جدا وحيانا عند

فعل حر كانت المضغ وفي اثناء النوب يصير الوجه محمرا وترتقي درجة حرارته
ويظهر نبض واضح في الشرايين ولنذكر حالة مشابه لما ذكره الطبيب برودين
ورومبرغ من تشوه عظيم في الوجه عقب استقرار نوب الالم العصبي زمنناطوبلا
شاهدناها عند شخص من بلدة يقبل لها بمحمد بورغ حصل فيها تشوه عظيم
في الوجه سيما من انتفاخ الشفة السفلى انتفاخا عظيما عقب استقرار الالم
العصبي الوجهي مدة سنين كما انه قد شوهد اضطرابات غذائية في الوجه
كتخثر شعر الذقن واكتسابه هيئة خشنة مثل الشوك وظهور بثورا كنية
فيه عقب استقرار هذا الالم زمنناطوبلا ومدة هذا المرض لا تكاد تكون
قصيرة الا في احوال الاصابات الاجامية المنتظمة فقط بخلاف غير هذا
الشكل فانه يكون طويل المدة حتى انه يستغرق نصف مدة الحياة أوجيعها
وانتهائه بالشفا نادرا جدا فضلا عن طرؤا لما ليخوليا فيه التي تؤدي احيانا
لقتل المريض نفسه وزيادة على ذلك فان الموت يحصل احيانا من السبب
الاصلي للمرض لامن المرض نفسه

﴿ المعالجة ﴾

في معالجة الالم العصبي الوجهي لانصيف الى ما ذكرناه في معالجة الالم
العصبي عموما اقليل ولا يمكن ازالة هذا الالم بسرعة عقب ازالة بعض
الاجسام الغريبة أو استئصال بعض الاورام أو التدبب الانصافية الضاغطة
الا في احوال نادرة وكذا استئصال الاسنان وقلعها يندران تنجم عنه
فائدة عظيمة بل الغالب أن يقاع المريض سنا بعد اخرى بغير تأمل لطبيعة
المرض بدون ان ينتج عن ذلك ادنى قصصين في الالم وقد أوصى المعلم
والكس في الاحوال الحديثة الناشئة عن تأثير البرد باستعمال الحرارة يرق
الطيارة أو الكي السطحي بالحديد المحمي وان كان ناشئا عن تميم اجامى
فاستعمال اسكينين بمقدار جيد يكاد ينتج عنه دائما نجاح عظيم وفي لاحوال
النادرة التي لا يشمر فيها ذلك ينبغي استعمال الصبغة الزرقية
لفولير (من أربع نقط الى ستة كل ثلاث ساعات) وعند وجود انيميا واضحة
تعطى المركبات الحديدية وأما في الاحوال التي فيها ينظر بوجود اضطراب
بنى آخر مجهول الطبيعة فينبغي استعمال المياه والحمامات المعدنية المتنوعة

وأما استعمال الكهر بائية والتبريد والمسكنات كالاككونيت
 (أى خاتق الذئب) والمورفين خصوصا بالحقن تحت الجلد فيقال فيه مثل
 ما قيل في الكلام على معالجة الألم العصبي عموما فقد تيسر لى شفا حالتين
 مستعصيتين من هذا المرض احدهما استمرت نحو الثلاثين سنة
 والثانية نحو الاحدى عشر سنة ولومع اجراء عمليات ثقيلة جدا كحزب
 الشرايين السباتية وحقاق الفك العلوى ونحو ذلك بواسطة التيار الكهر بائى
 المستقر - وفى الواقع ثبت بالتجارب فى العصر المستجد ان الكهر بائية
 أقوى جميع الطرق العلاجية فى الألم العصبي الوجهى بل وخلافه من الآلام
 العصبية واستعمال التيار الكهر بائى المتقطع على الجذوع العصبية المؤلمة
 بدون واسطة ينبغي ان يكون بخفة لشدة حساسية جلد الوجه وأجود من ذلك
 وأقوى تأثيرا استعمال التيار المستمر من ٥ ازوجالى ٣٠ مع ملاحظة
 ما ذكرناه فى المعالجة العامة بالنسبة لوضع الموصلات وتسيط التيار الكهر بائى
 المستمر على العصب المريض ولم تفعل عملية القطع العصبي أو استئصال
 قطعة من العصب فى شكل من الامراض العصبية بكثرة مثل ما فعلت فى
 المرض الذى نحن بصدده ثم بعد ان صار ذم هذه العملية مدة طويلة من الزمن
 حتى كادت تترك سدى اثبت المعلم برونس بالفحص الجيد عن جميع
 الاحوال التى صار فيها اجراء هذه العملية انه يوجد عدة أحوال فيها اعتقب
 القطع العصبي نجاح مستقر تام أو نجاح وبقى اسمر بعض اشهر بل بعض
 سنين وذلك بعد اخراج جميع الاحوال التى كان فيها اجراء العملية مبنيا على
 خطأ فى التمهين أو فى اجراء العملية وكذا بعد اخراج جميع الاحوال
 التى فيها رجوع الألم العصبي لا يعتبر نكسة بل اصابة جديدة ودلائل
 هذه العملية تبع العلم برونس هى أن يكون مجلس الألم قاصر على جزء ثابت
 محدود يمكن الحكم به بالتقرىب على ان مجلس السبب المحدث للألم فى جزء
 يمكن الوصول الى خلفه بالالة القاطعة وكانت بقية جميع الطرق العلاجية
 الاخرى عديمة النجاح وبصر على المريض التفرغ لا شغاله من شدة الألم
 وكذا من دلائل اجراء قطع العصب الاحوال التى نوب الألم فيها لا يحصل
 حصولا ذاتيا بل عقب مؤثرات ظاهرة تؤثر على الانتهاء الدائرية

العصب وان لم يتعشم فيها وكذا الضغط الوقتي على العصب المريض
والاوعية الدموية الواردة بالدم اليه قد ثبت نجاحه نجاحا تسكينيا في بعض
الاحوال فيستحق الايصاء به في الاحوال الالتهبة لذلك - والمعلم رومبرغ
يمدح من الادوية المعروفة بالتنوع الزنج بكثرة فانه قد شاهد باستعماله
خصوصا في الاحوال التي فيها يظهر الألم العصبي الوجهي عند النساء
الاستيريات المصابات بامراض في اعضاء التناسل نجاحا عظيما مريعا وكما
كانت الحالة الانماوية في المرضى أكثر وضوحا كان النجاح اقرب وأكثر
كما شاهد ايضا من استعمال تترات الفضة بمقدار عظيم أعني ستة سنتي غرام
(أى قمحة) نجاحا وقتيا - وذ كر كل من المعلم بيل وستون انه شاهد من
استعمال زيت حب الملوك من الباطن مع خلاصة الحنظل المركبة نجاحا
عظيما جدا وكان ذلك رمية من غير رام ومن جملة المسكنات المسدوحة
واشتهر في هذا المرض زيادة على مركبات الافيون والبلادونا والداتورا
والكونيوم وغيرهما من النباتات المخدرة محبوب ميجيلز (المركبة من
أجزاء متساوية من خلاصة البنج وزهر الخارصين) فيبتدأ التعاطي بحبة
منها وهي مشقة على دبصيرام واحد (أى قمحتين) من هذين الجوهرين
صباحا ومساء ثم يزداد في مقدار التعاطي حتى يصل الى ٢٠ أو الى ٣٠
وبالنسبة لتأثير حمض الصوف صافيك في الألم العصبي الوجهي وغيره من
الآلام العصبية ليس عندنا تجارب كافية وأقوى الوسائط المسكنة
وقتها عند الآلام الشديدة الاستنشاق بالكافور وفورم أو الاثير حتى يحصل
تخدير خفيف وكذا الحقن بالمورفين تحت الجلد اما في الصدغ أو العنق
والظاهر ان الحقن ليس له فقط تأثير تسكين في الاحوال الحقيقية بل شفاء
تام حتى ان ايلن برج ذ كر حصول شفاء في نحو الربع من السبعين حالة
عالجها بالحقن بالمورفين خاصة

﴿البحث الخامس﴾

(في الصداع المعروف بالشقيقة وبالالم الذاتي في الرأس)

مجموع الاعراض المعبر عنه بالصداع غير واضح بالكلية فاعتباره من جملة
الآلام العصبية كما جرت به العادة يحتمل ان يكون من قبيل الشك والتوهم

والذي اوجب الاطباء لذلك هو ظهور الالام غالباً في جهة واحدة من الرأس
الذي هو السبب في تسمية هذا المرض بالشقيقة والنوب التي تشاهد في اثناء
سيره مع الفترات التالية لها وعدم وجود تغيرات تشريعية له لكن اذا اعتبرنا
بالدقة سير هذا المرض عموماً وسير بعض نوبه لوجدنا ان هذا الاعتبار ليس
قربن الصحة بالكلية فانه لا يوجد مرض عصبي يمتدئ مثله في سن
الطفولية ويمتد الى أقصى العمر وفي اثناء السن المتأخر من الحياة
لا تظهر نوبه في كل سنة الا في بعض أيام قلائل مع تعاقب في شدة الالم
أو تناقصه لا ظهوره وزواله بكيفية فجائية كما هي عادة الالام العصبية
ومن المشكوك فيه أيضاً ان كان مجلس الالام الواصف لهذا المرض
ناشئاً عن تقبه في الالياف الحساسة من العصب التوأمي الثلاثي للألم
الجافية أو من الالياف العصبية السمباثية التي تصاحب الاوعية الدموية
أو من الدماغ نفسه وزعم دواريموندان الفواهر المرضية في الصداع تنجم
عن تشنج في فروع العظم السباتي والعنق والشرابين ومضى هذا
الشكل بالصداع السباتي التشنجي وأما المعلم مولان دورف فيعتبر ذلك
نتيجة لضعف في الحالة العصبية للفروع العصبية الوعائية المتوزعة في
الشرابين السباتية وفروعها واسترخا جدرها ومضى هذا الشكل
بالصداع الشللي العصبي الوعائي فينبني على ذلك ان الشكل الاول يعوق
وصول الدم الشرياني الى الدماغ فيحدث انقباض والثاني ينسب عليه توارد
الدم الشرياني بكثرة نحو الدماغ فيحدث احتقانه ومن المعلوم ان كلامنا
انقباض الدماغ واحتقانه كثير اماً يحدث ظواهر دماغية مشابهة لبعضها
وشكل الصداع السباتي أو انقباضه يتصف بكون الشرايين الصدغية
للجهة المريضة في أثناء النوبة صلبة متوترة والوجه باهتا باردا والعين في
هذه الجهة هابطة والحدقة مقعدة وأما شكل الصداع العصبي الوعائي
الشللي المصوب بتوارد دموي شرياني نحو الرأس فينصف باحمرار الوجه
والاذن في الجهة المريضة وارتفاع حرارتهم مع تعدد الشرايين الصدغية بل
والسباتية وزيادة نبضها وتنشئ الوجه بالعرق في الجهة المريضة احياناً ومع
تعدد في الحدقة كثيراً أو قليلاً واحمرار المصمة واحتقان باطني في العين

ثم ان هذا الداء مرض كثير الحصول جدا حتى ان كل طبيب مارس الاشتغال
بالطب العملي يشاهد عدة أحوال تستمر جملة سنين بدون الحصول على فائدة
عظيمة من صناعته وبشاهد هذا المرض عند كل من الذكور والاناث الا
انه أكثر مشاهدة في النساء وهذا المرض وان عدم أمراض الاغنياء
الا انه يشاهد أيضا في الفقراء ويكون اذذاك متعبا للعناية حيث لا
قدرة لهم على صيانة أنفسهم وفي غالب الاحوال يكون ابتداءه
عند الذكور في سن المراهقة وعند معظم النساء يكون حصول النوب
في اثناء زمن الطمث أو قبله بقليل وعند آخر من المرضي تحصل النوب
بدون شك عقب الانتفالات النفسية ونحوها وكثيرا ما يشاهد حصول نوب
هذا المرض عند المصابين به عقب المكث في الجماع أو نحو المستزجات
والملاعب

ثم ان حصول النوبة يكون بالكيفية الآتية وهو أن المرضي بعد ان تكون
ممتعة بتمام المحبة قبله تقس عند الاستيقاظ من النوم أو بعده بقليل
بالاعراض السابقة للنوبة أو بابتداءها تقس بهبوط عام واسترخاء مع كآبة
وبقشعيرة وميل للتثاؤب وفقد في الشهية غالباً مع تعب الفم ثم ينضم لذلك
ألم في الرأس يكون غالباً قاصراً على جهة منه ويشد جداً بسرعة حتى يصير
غير مطاق فيضطر المريض للمكث في فراشه من التوتر والالم الحاصل في
الرأس وتكون المرضي كثيرة التأثر من الضوء واللعط فلذا يلتزمون المكث
في الاود المظلمة مع العزلة عن الناس وتسام أنفسهم من عيادة احد لهم
حتى الطبيب - والنبيض يكون غالباً بطيئاً وعند ارتقاء درجة نوب الألم
يحصل عند بعض المرضي في اثناء كل نوبة غثيان وفيه ينقذف به من المعدة
سائل من الطعم مخضر اللون وبعض المرضي الذين يحصل عندهم نوب كثيرة
في هذا المرض يتقن حصول هذا القيء بل يجتهد احياناً في احداثه بدغدغة
الحلق بظهور ريشة وعند اقبال المساء يحصل النوم غالباً وفي العادة تستيقظ
المرضى في الصباح في حالة صحّة بدون ألم غير انها تكون متكررة في نفسها
وهذا المرض لا يهدد الحياة مطلقاً لكن من النادر ان تغفل المرضي من
امره بالكلية ولو ان النوب تتعاقب احياناً ببطء و احياناً بسرعة وانما عند

بعض النساء خصوصاً من كان منهن مصاباً بنوب هذا المرض مذقن من الطمخ
يشاهدن زواله بالسكينة عند دخولهن في سن اليأس وانقطاع الطمث بالكلية

﴿المعالجة﴾

ذكر المالم وستون انه باستعمال قدر اربع نقط أوستة من السائل
الزرنيقى للعالم فولير ثلاث مرات في النهار وأربعة مع ملاحظة حالة القضاة
المهنية يحصل شفاء في معظم الاحوال اعني في تسعة أحوال من هشرة لكن
هذا القول منفرد في الطب العلي وأ كثر الاطباء يذكرون ان هذا المرض
يستعصى عن المعالجة في معظم الاحوال حتى ان كثير من المرضى لا يندب
الطبيب لذلك لتأكده من عدم الفائدة في المعالجة لكن ذلك من جهة أخرى
لم يحصل عن المبالغة فان الطب العلي في انحصار المستعصية قد استيقظ لمعالجة
هذا المرض والتجارب الشخصية دلت المرضى على انهم يتجنبون الاسباب
المعينة على طرق الوب وانهم بالاقول عند حصول نوب ثقيلة يقولون أنفسهم
في محل خال من الضوء والقط مع تجنب المشاق الجسمية والعقلية والغذية
ومن جملة الوسايط الموصى بها بكثرة في هذا المرض ماله تأثير محقق آفة مدة
ما من الزمن في تباعد النوب وتطبيقها كليونات القهوين (بان يعطى منه
من ٣ سنجرام الى ٥ في مدة الفترات جملة مرات في النهار والاجود تبعا
لايلن برخ ان يعطى منه مقدار عظيم مدة النوبة من ٦ سنجرام الى ١٢
ومتقوع البن قبل التقيص و بعد التقيص و يعطى منه صباحا ومساء وكذا
البولينات التي تعطى على شكل عجينة جوارا والسائل الزرنيقى لفولير
من ٤ نقط الى ٦ ثلاث مرات كل يوم وكر بونات الحديد (عند وجود
الانيميا) والكينين عندما تكون النوب منتظمة الطرز تقر يساوي برومور
البوتاسيوم - واستنشاق ازونيت الاميل الموصى به من المالم برجوفيني
الاحتراس التام عند استنشاق هذا الجوهر الدوائي فيبتدأ على حسب
قوله ثلاث نقط وبمطة واحدة على رأى ايانبورج وان كان التأثير غير كاف
يزاد المقدار الى ست نقط او ثمانية ويكرر الاستنشاق كل ربع ساعة وتأثير
هذا الجوهر الدوائي الذي يحدث في الاوعية استرخاء يحدث كذلك بسرعة
حرارة واحمرار في الوجه وبهذا التأثير كما انه يحدث استرخاء في الاوعية

او زوال تشنجهما يزول الالم وقتئذ فجل استعماله حينئذ شكل الصداع المعروف بالنباتوى التشبهي وكذا قد أوصى ايلنبورج باستعمال خلاصة الجويدار المائية أى الجويدارين (من ستة ديسيجرام الى تسعة كل يوم على شكل حبوب) فان هذا الجوهر الدوائى له تأثير قابض على الاوعية الدموية كما انه يستعمل محلولاً بالحفن تحت الجلد فينثذ يستعمل فى الشكل الشلى واغلب الاطباء الخاصين بالامراض العصبية قد تصحوا على نجاح عظيم فى هذا المرض باستعمال التيار الكهربي اما المتقطع أو المستمر فالاول يستعمل على هيئة الشكل المسمى بالتيار اليدى بانه يمسك المريض بيده أحد القطبين الموصلين والطبيب الموصل الآخر وفى أثناء ذلك يضع الطبيب يده الاخرى على جبهة المريض الميتة ويسلط عليها فى أثناء دقيقتين أو خمسة تيار خفيف وأما الثانى فهو المستعمل الآن عادة ويؤثر به على الدماغ اما فى اتجاه مستقيم أو منحرف - وأحياناً فيحصل على فائدة عظيمة من تغيير الهواء أو من استعمال معالجة لاثقة بجياه الينايمع أو الحمامات الطبيعية أو بالماء البارد أو بالاقامة على الجبال أو بالحمامات البخرية أو الحديدية انما يندران يكون النجاح مستمرا - ولاجل تسكين ألم الرأس الشديد وقتئذ ينبغي ربط الرأس أو وضع مائة مملوءة بالجليد عليه او قطعة من القطن مبللة بالكوروفورم مع استعماله القهوة أو بعض المنقوعات المعروفة وكذا الضغط على الشريان السباتى له تأثير على الالم وذلك أنه فى الشكل التشبهي يزداد الالم بالضغط على شريان الجهة المربضة ويتلطف بالضغط على شريان الجهة المقابلة وفى الشكل الشلى ينعكس التأثير بالضغط وأما المخدرات فليست مدوحة فى أحوال الالم العصبى الذاتى فان بعض الاطباء وان تحصل على نتيجة جيدة بالحض بالمورفير تحت الجلد فى الالم العصبى الذاتى للرأس الا ان ايلنبورج لم يجد من ذلك ادنى فائدة فى الصداع الحقيقى

المبحث السادس

(فى الالم العصبى العنقى القمعدوى)

اصابة الفروع العصبية الحساسة للقمعدوى والقفا والعنق الناشئة من

الفروع الاربعة الاولى العنقية تادرة جدا بالنسبة لاصابة الفروع الحساسة
 وتوجه الاحوال المذكورة من هذا المرض غير عديدة بحيث يستنبط منها
 معرفة اسبابه ويتبع من مشاهدات المعلم (والكس) ان ظهور هذا المرض
 يحصل عقب تأثير البرد الشديد المستطيل وان نكساته تحصل غالباً بسدة
 الشتاء وان سيره حميد ولا يستعصى عن المعالجة ويظهر كذلك انه ينشأ من
 امراض الفقرات التي تحدث ضغطاً على الجذوع العصبية عند خروجها
 من القناة الفقرية ومن انتفاخ العقد الليمفاوية الغائرة للقفص وضغطها على
 الضفيرة العنقية والعصب القمعدوى العظيم ثم ان المرضى المصابين بهذا
 الالم العصبي يشكون بالأم مسة رأسهم قاصر على بعض الاصفار وينضم لهذا
 الالم زمنة من نوب آلام ناعسة جداً تنتشر الى اتجاهات مختلفة
 والاصفار المؤلمة في هذا الالم العصبي تبعاً للعلم والكس هي أولاً الصفر
 القمعدوى السكائن أسفل المؤخرى بين التتوالحمى والفقرة الاولى العنقية
 وهذا الصفر يحاذى محل نفوذ العصب القمعدوى من العضلة المؤخرية
 الغائرة ويظهر أسفل الجلد وثانياً الصفر العنقي السطحي الذي يوجد أعلى
 نصف العنق بين العضلة الزاوية والفصية الترقوية الحليمة وهذا الصفر
 يحاذى محل خروج أعظم فرع الضفيرة العنقية وصبرورته سطحيًا وثالثاً
 الصفر الحلمي السكائن خلف التتوالحمى وهذا الصفر يحاذى محل مرور
 كل من العصب القمعدوى الصغير والاذنى العظيم ورابعاً الصفر الجدارى
 السكائن بجوار الحدية الجدارية وخامساً الصفر الاذنى السكائن خلف
 صيوان الاذن

ومن هذه الاصفار تنتشر الآلام وقت النوبة تارة جهة المؤخرى وتارة الى
 الجهة الخلفية العليا من العنق وطوراً نحو الامام جهة الوجه واحياناً الى
 أسفل الكتف ولا يندران يتضاعف الالم العصبي القمعدوى العنقي بالآلام
 عصبية وجهية أو بالآلام عصبية في الضفيرة العنقية العضدية وهذه النوب
 تظهر بطرز غير منتظم تارة بدون اسباب مسددة وتارة عقب تحريك الراس
 أو غيره من الاسباب الواهية جداً ومن النادر ان تصل الى درجة شدة عظيمة
 مثل الالم العصبي الوجهي كما أنه يندرج اوجود تغيرات مادية من الاعصاب

العنقية وهذا المرض قليل الاستعصاج وأقصر المدة فهو ليس مثل التيبك المولم

ثم إن المعالجة بعملية القطع العصبي في الالم العصبي القمعدوى العنقي لم تفعل بالكلية في هذا المرض وفي الاحوال الحديثة أوصى المعلم والسكس باستعمال الحرارة يقي مع التكرار باستعمال حبوب مجلين وكذا يحصل في هذا المرض على نجاح عظيم بواسطة التيار الكهر بائي المستمر انما ينبغي ان يكون خفيفا بسبب شدة حساسية المرضى واستعمال الحقن باورفين تحت الجلد اذ به تخف هذه الآلام العصبية بل تشفى احيانا

(المبحث السابع)

(في الالم العصبي العنقي العضدي)

يعني بهذا المرض الالم العصبي الذي يجلسه الفريعات الحساسة الصغيرة العضدية المتكونة من الاعصاب الاربعة الاخيرة العنقية مع العصب الاول الظهري

وهذا الالم ينشأ دون غيره من الآلام العصبية من اسباب مدركة بجروح فريعات الصغيرة العضدية الدائرة للذراع او اليد عند القصد ونحوه من الآلات الواخزة والضغط الواقع على هذه الفريعات العصبية بواسطة حركات من الرصاص عقب جروح الاسلحة النارية أو الرض أو الاورام العصبية وكذا الصغيرة العضدية نفسها يمكن ان تعثر بها اصابة عقب ضغط العقد الليفافية المنتفخة للابط أو اثره التهام عظمية اعقبت كسر الضلع الاول أو اورام الورزماوية في الشريان تحت الترقوة أو في قوس الابهر وبالجملة يمكن ان يعثر على اعصاب الصغيرة العضدية اصابة مرضية حال خروجها من القناة الفقرية بواسطة تغيرات مرضية في الفقرات نفسها وتصير في حالة تهيج تشنجي وهناك احوال أخرى لا يمكن فيها معرفة حقيقة المؤثرات المهيمنة التي أثرت على اعصاب الصغيرة العضدية وواحدت الالم العصبي فيها وفي مثل هذه الاحوال يعتبر هذا الالم تغيرا غير مدرك في الاعصاب عقب الاصابة الروماتزمية في الغمد العصبي أو التآكل العضلي الشديد كالافراط من الشغل باليد والفزع - ومن الواجب التنبيه

عليه أيضا ان نوب الالم العصبي القلبي تصطبغ أحيانا بالام عصبية على
 مسير اعصاب الضفيرة العضدية واحسن ما يوجه به انتقال الالم من
 الاعصاب القلبية الى الاعصاب العضدية هو توسط كل من العصب القلبي
 العظيم والصغير حيث ان كلاهما ما ينشأ من العقدة العصبية المعبأ توبة
 العنقية الوسطى والسفلى فانهما كثيرا ما يقصدا ان بالعصب العنقي السفلى
 ثم ان الالم العصبي في هذا المرض يمتد أحيانا الى معظم الاعصاب الحساسة
 للضفيرة العضدية وفي أحوال أخرى يكون قاصرا على الابط والعقد وتارة
 يتبع الالم مسير العصب الزندي أو الكعبري أو العضلي الجلدي والاصفار
 المثولة في هذا الالم العصبي تبعاً للعلم والكس هي الصفراء فل الابط
 ثم الصفراء المعلوم للعصب الزندي في الجزء السكائن بين الحدية الانسية للعضد
 والتتوالمرفقي وجزء الزند السكائن أعلى راحة اليد الذي فيه يصير العصب
 سطحيا وبالنسبة للعصب الكعبري الجزئي من العضد الذي فيه ينعطف هذا
 العصب على عظم العضد والجزء الآخر جزء الطرف السفلي من التتوالمرفي
 الكعبري السكائن أعلى قبضة اليد والالم الناحس الذي ينتشر في الاصابع
 الموازية يكون شديدا جدا ويتعاقب بكثرة بحيث ان الغترات التي لا تكون
 تامة بالكلية في هذا المرض تكون قصيرة المدة بالنسبة لغيرها من باقي
 الالام العصبية وهذا الالم يصطبغ بنمط واحد في الاصابع يستمر ان
 بعد الشوبة وقد تحصل اضطرابات عذائية في الاجزاء المتوزعة فيها
 الاعصاب المريضة على شكل طفحانات جلدية كالبنفجوس والانفجيرة أو
 التهابات في الاصابع وكثيرا ما توجد مضاعفة بامراض عصبية أخرى كالالام
 العصبية في العنق أو بين الاضلاع أو في العصب الوركى - وكل من سير هذا
 الالم العصبي العنقي العضدى ومدته وانتهائه يشابه غيره من الالام العصبية
 مشابهة تامة

في المعالجة

اذا كان الالم العصبي ناتجا عن اصابات جرحية كالقصد او غيره من
 الاصابات الجرحية اعقب عمالة القطع العصبي فبحاج تام سيما اذا كان هذا
 الالم حديثا ولم يصير اعتيادا وما عدا الوسائط العلاجية المذكورة فيها

تقدم مدح بكثرة في هذا الالم العصبي زيت الترمنتين كما سيأتى بيانه في
مبحث الالم العصبي الوركي وكذا يظهر ان الحقن تحت الجلد بواسطة محلول
المورفين اقوى تأثيرا من استعماله في محال اخرى ومن الناجج جدا في هذا
المرض استعمال الكهربية على شكل التيار الكهربائى الجلوائى فان
المعلم ارب تحصل به على نجاح عظيم وزيادة عن ذلك ينبغى في معالجة هذا
المرض اعتبار السبب الاصلى لاجل تجنبه اوازالته ان امكن ومن جملة
ما يستعمل ايضا في هذا المرض من الوسائط الاعتيادية الحمامات اليدوية
القازرة ثم تغليف الذراع بالقطن والدلك بمرهم الوراثرين جرام منه على ٢٠
من الشمع مع اضافة قليل من خلاصة الاقيون

المبحث الثامن

(فى الالم العصبي بين الاضلاع)

هذا الالم عبارة عن تنبه مرضى فى الالياف الحساسة لاحد الاعصاب الشوكية
او فى كثير منها سيما فروعها العظمية التى يعبر عنها بالاعصاب بين الاضلاع التى
تصل من المسافات العليا للاضلاع الى القص ومن السفلى منها الى الشراسيف
وهذا الالم اكثر الالام العصبية وجود او يشاهد بكثرة فى النساء وحصوله فى
الجهة اليسرى اكثر منه فى اليمنى والغالب ان يصيب الممرع السادس
والسابع والثامن من الاعصاب بين الاضلاع وقد ذكرنا فيما تقدم التوجيه
الحسن العقلى الذى ذكره المعلم هنلى فى هذا الخصوص بان كثرة اصابة
الفروع بين الاضلاع السفلى اعنى التى ينصب دمه فى الوريد المتفرع ديل
على ان تعدد الشبكة الوريدية التى يكثر حصولها فى هذا المحل وتضغط بسهولة
على الجذوع العصبية الشوكية له دخل عظيم فى حصول هذا المرض -
وفى بعض الاحوال يعترى الاعصاب الظهرية اصابة مرضية بعد خروجها
من الثقوب بين الفقرات ناشئة عن تغير النخاع فى الفقرات او عن تركز زنى
الاضلاع او انتفاخ فى العقد الليفانية وقد يحصل الالم العصبي بين الاضلاع
عقب زوال الالتهاب البلوروى وشفائه - وقد شاهدت فى ظرف سنة واحدة
حالتين كانتا متعلقتين بدون شك بهذا السبب ولا يعلم الى الان حقيقة
التغيرات التشريحية التى تحصل فى الغمد العصبي او الاجزاء المحيطة

بالعصب مدة سير الالتهاب البلور اوى اولى اثناء امتصاص النضج البلور اوى
 فى كل من هاتين الحالتين ومثل ذلك يقال فى الالم العصبي بين الاضلاع
 الذى يصاحب السل الرئوى وحيث ان هذا المرض يشاهد كذلك بكثرة عند
 النساء الاستيريات المصابات بأفات من سنة فى الرحم فقد وجه ذلك بامتداد
 التمزج العصبي المرضى من اعصاب الرحم الى الضفيرة العضدية بواسطة
 التضاع الشوكى ثم ان الاصفار المؤلة للعلم والكس يمكن تعيينها بسهولة
 فى الالم العصبي بين الاضلاع أكثر من غيره من باقى الالام العصبية
 فالصفر الاول المسمى بالصفر الفقري يشاهد فى الجهة الخلفية للمسافة
 بين الاضلاع وحشى النتو الشوكى بقليل أى فى موازاة محل خروج
 العصب من الثقب بين الفقرات والصفر الثانى أى الجانبي يوجد فى
 وسط المسافة بين الاضلاع موازيا لمحل انقسام العصب بين الاضلاع الى
 فروع عصبية البعض منها يصير سطحيا والصفر الثالث يوجد فى محازاة
 الاعصاب بين الاضلاع العليا قريباً من القص بين الغضاريف الضلعية
 وفى محازاة الاعصاب بين الاضلاع السفلى فى الجزء العلوى من البطن قريباً
 من الخط المتوسط ويسمى هذا الصفر بالقصى أو بالتراسيقي وهو موازى
 الاجزاء التى فيها تصير الاعصاب بين الاضلاع سطحية أى جلدية وهذه
 الاصفار المحدودة غالباً تكون عند الضغط ولها تخفيف كثيرة
 الحساسية مؤلة الماسترا بحيث تصيب المرضى عند لمسها وعادة تعرف
 المرضى محل هذه الاصفار المؤلة وتظن غالباً انها نتيجة مرض حيث ان
 الالم له مشابهة عظيمة بالالم الرضى وهذه الالام المسفرة تتزايد أيضاً بحركات
 التنفس العميقة والسعال والعطاس واحياناً بحركات الخراخع بحيث يحصل
 عن ذلك نوب آلام ناخسة شديدة جداً تبدأ عادة من الاصفار الفقرية
 وتنتشر الى جهة الامام فى المسافات بين الاضلاع واحياناً يكون تشعبها
 من الصفر المتوسط الى جهة الامام والخلف والضغط الخفيف فى هذه الحالة
 يسكن الالم وقد ذكر المعلم روبرغ انه شاهد حالة فى شخص صار المحل
 الذى كان يضط علىه باليد فوق سترته متعرياً عن الور ومن المنغرب
 وغير الواضح مضاعفة هذا الالم العصبي كثير بالفتح المنطقي بمضاعفة

غيره من الآلام العصبية ما اضطرابات غذائية أخرى وسير هذا المرض غير منتظم وفي الغالب يظهر شيئاً فشيئاً ثم يزول تدريجاً بعد زمن كثير الطول أو قليلاً وقد يستعصى أحياناً ويستمر جملة سنين وأجود ما يوضي به في معالجة الآلم العصبي بين الأضلاع استعمال الحرارة يقي على الأصفار المؤلمة والحرق بالمورفين تحت الجلد وأجود من ذلك استعمال التيار الكهربائي بنوعيه لاسيما المستمر بحيث يوضع أحد القطبين على العمود الفقري والاخر على الصفر المؤلم المتوسط أو المقدم ويكون التيار قوياً مستمر مع ملاحظة حالة البنية ومعالجة الاضطرابات الغذائية

المبحث التاسع

(في الآلم العصبي الثديي المعروف بتنجيد الثدي)

من المشكوك فيه كون مجلس الآلم العصبي انثدي الاعصاب المتوزعة في الغدة الثديية الاتية من الاعصاب بين الأضلاع أو الاعصاب تحت الترقوة المقديمة وقد وصف المعلم رومبرغ هذا الآلم العصبي موضعاً قائلاً انه يوجد جملة نساء خصوصاً من وقت البلوغ الى سن الثلاثين يحصل عندهن زيادة حساسية في كثير من اصفار الغدة الثديية بحيث لا يتحمل لمسها بالكلية كما أنه يحصل عندهن زمنا من انقباضات مؤلمة جسد الى الثدي تشع نحو الكتف والابط والحاصرة واحياناً يحصل في اثناء هذه النوبات قي والمريض لا تستطعن الرقاد على الجهتين ويصير ثقل الثدي عندهن غير مطاق والعادة ان تتزايد الآلام قبل الطمس بقليل وهذا المرض كثير ما يمتد جملة أشهر بل وسنين بدون ان يحصل في الغدة الثديية أدنى تغير مادي وفي أحوال أخرى تظهر أورام صغيرة محدودة سهلة الحركة في الثدي من حجم العدسة الى حجم البندق وتكون منشأ الآلم (ولذا يعبر عنها بالاورام المؤلمة للثدي) وهذه الاورام التي لا تنقبض مطلقاً بل قد يفقد الآلم منها مع امتداد الزمن غير متكونة من جوهر الغدة الثديية بل من منسوج خلوي ولا يمكن استئباعه وول الاعصاب اليها - وأجود شيء في معالجة هذا الداء ما أوصى به المعلم كوپير من وضع مشمع على الثدي متكون من اجزاء متساوية من مشمع الصابون الطبي وخلاصة البلاونا وأما المعلم رومبرغ فقد أوصى

في هذا المرض باستعمال حبوب مركبة من خلاصة الشوكران ومن خلاصة
رؤس الخشخاش من كل منهما واحد سيجرام (يعنى قمحتين) ومن خلاصة
الداتورة من ١٥ ملليجرام الى ٣ سنتجرام أعنى من ربع قمحة الى نصف
قمحة وزيادة عن ذلك فقد يستعمل الحقن بالمورفين تحت الجلد لاجل تسكين
الآلام وذكر ابلنبورغ حالة مستعصية عند شابته سنه اشر وبن سنة
وكرر لها فعل الحقن نحو ثلاث سنوات ١٢٠٠ مرة مع تزايد في مقدار
الحقن بدون ادنى ضرر وكذا المعلم ارب ذكر حالة شفيبت بالكهربائية وفي
الاحوال المستعصية جدا يجوز استعمال الادرام المؤلمة بل ربما يسوغ
استعمال التدي بتمامه

﴿المبحث العاشر﴾

(في الالم العصبي القطني البطني)

الالم العصبي القطني البطني عبارة عن الم يصيب القرو ع العصبية الجلدية
الناشئة من الزوج القطني الخامس المتوزعة في الجزء السفلى من الظهر
والايتين والجدر المقدمة من البطن واعضاء التناسل وفي هذا الشكل من
الالم العصبي يوجد على الدوام نقط مؤلمة ثابتة ينضم اليها زمانا فرضا
آلام ناعسة شديدة جدا وهذه الاصغارا المؤلمة هي أولا الصفر القطني
وحشى الفقرة الاولى القطنية بقليل ثانيا الصفر الحرقى السكائن اعلى
وسط العرق الحرقى بقليل أعنى في المحل الذي فيه ينقب العصب
الحرقى الحشلى العضلة المستعرضة ثالثا الصفر الحشلى أنسى الشوكة
الحرقية المقدمة العليا بقليل أعنى في محل ما ينقب العصب الحرقى العائى
العضلة المستعرضة رابعا اصغارا أخرى في جبل الزهرة أو جلد الصفن
أوالشفرين العظيمن اللذين فيهما تنتهى الاعصاب الجلدية والآلام
الناخسة تنشر وتنشع في الايتين عند اصابة القرو ع الخلفية وفي الاجزا
التناسلية الظاهرة عند اصابة الفروع المقدمة وكل من سبر هذا المرض
وأسبابه ومعالجته يشابه الالم العصبي بين الاضلاع بالسكية

في المبحث الحادى عشر

(في الالم العصبي الوركى المعروف بعرق النساء)

عرق النساء عبارة عن الالم العصبي الذى يصيب الاعصاب الحساسة من الضفيرة الوركية المتكونة من الزوج الرابع والخامس القطنيين ومن الزوج الاول والثانى العشريين

(كيفية الظهور والاسباب)

الاعصاب المكونة للضفيرة الوركية يمكن ان يعثر بها اصابة وتخرج مرضيان عند خروجها من الثقوب بين الفقرات حلا عقب تسوسها أو تسرطنها - وما عدا ذلك قد يكون عرق النساء متعلقا بضغط واقع على الضفيرة الوركية في تجاوز الحوض كالتفاح الصدق الينفاوية الحوضية السائلة خلف البريتون كما شاهدت ذلك فى امرأة مصابة بالكيمية الينفاوية وبهذه الكيفية تؤثر التولدات المرضية الجديدة للحوض بضغطها على الضفيرة الوركية ومن ذلك أيضا المواد السفلية المتساقطة الصلبة وترايات بعض الاثمار كالكرز المتجمعة فى التعرج السيني كما شاهدت ذلك المعلم بامبرجر وكذا الرحم المتعددة بالحمل صبا عند انحسار رأس الطفل زناطويلا وفى هذه الحالة حيث كان عرق النساء كثيرا ما يتردد ويظهر ثانيا عقب زواله بعد الوضع بجملة ايام فمن الجائز القول بأنه يكون اذ ذلك متعلقا بالضغط الواقع على التمدد العصبي والمنسوج الخلوى المحيط بالضفيرة الوركية من المصصلات الانتهاية الناتجة عن التهاب الرحم الدائرى المتجمعة فى المنسوج تحت البريتون أو المدكيسة داخل البريتون - وبالجمله قد يكون ناشئا عن مهيئات أثرت على الانتهاآت الدائرة للعصب الوركى ومن هذا القبيل تعدا احوال عرق النساء الناتجة عن ضغط النعل الضيق مثلا أو قسدا وردة فى القدم أو عن اوزام أو زواوية فى الطرف السفلى أو تولدات مرضية على سبيل هذا العصب

ومن جملة اسباب عرق النساء التى لا نحدث تغيرات مدركة فى جوهر هذا العصب المشاق الشديدة وانقطاع العرق الا نهيا دى أو بعض الطفحات الجلدية أوتأثير البرد خصوصا النوم على الارض الرطبة وهذا الاخير كثير

الحصول حتى ان ينبوع اغلب أحوال هذا الداء يكون روماتزميا فإنه كثير اما
 ينشأ عقب تأثير البرد على الجلد المغطى لهذا العصب سيما في أثناء استعمال
 المراحيض المتسلطن فيها التيار الهوائي وحينئذ لا يستغرب من كون كل من
 العصب التوحي الثلاثي والوركي هو الاكثر اصابة بالآلام العصبية فان
 الاول يكون عرضة لتأثير البرد طول النهار والثاني عرضة له بالآقل في اليوم
 مرتين عند تعريض الجلد المغطى له ثم ان هذا الداء كثير الحصول جدا كما ثبت
 بالقوائم الطبية ويندر حصوله للأطفال ويكثر جدا من سن العشرين الى سن
 الستين وفي الرجال والفقراء اكثر حصولا منه في الاغنياء والنساء

(الاعراض والسير)

قد ثبت قول المعلم رومبرغ في معظم الاحوال ان كل فرع عصبي من الصغيرة
 القطنية والعجزية اعنى من ثنية الفخذ الى طرف اصابع القدم لا يخلو
 عن الاصابة بالآلام العصبي وان اعتبار مجلس الالم في جرح العصب الوركي
 نفسه دائما امر عادي فقط والاعصاب التي يتبع الالم سيرها غالبا هي العصب
 الفخذي الجلدي الخلفي وحينئذ يكون مجلس الالم الجهة الخلفية الوحشية
 من الفخذ ثم الفرع السطحي للعصب الشائلي حينئذ يشغل الالم الجهة
 الوحشية المقدمة من الساق وظهر القدم ثم العصب القضي المشترك وهنا
 يشغل الالم السكب الوحشي والخافة الوحشية من القدم ومن النادر ان
 تكون الفروع العصبية المتوزعة في راحة القدم مجلس الالم وانما تشاهد
 آلام عصبية شديدة في العقب والجزء الخلفي من راحة القدم ناشئة عن اصابة
 التفرعات الاخيرة من العصب القضي والاصفار المثولة في هذا المرض
 توجد تبعاً لرأى المعلم والكس اسفل المارور العظيم ثلاثة منها في الفخذ على
 مسير العصب الوركي الاصلى وبعضها في الركبة واحدها اسفل
 العرف القضي وآخر أعلى السكب الوحشي وبعضها على السكب نفسه
 وظهر القدم

ثم ان عرق النساء لا يظهر غالباً بشدة قوية فجائية بل بالتدريج حتى يرتقي
 الى أعلى درجة والمرضى المصاب به لا يخلون الالم مطلقا بل يشككون على
 الدوام بالتمسك غار خصوصا جهة المدور العظيم عند عمل خروج العصب

الوركي وبالألم في الجوز يسمى المعلم ر ومبرغ بالألام المصاحبة حيث أن
 مجلسها ليست فروع العصب الوركي بل تفرعات العصب الجعزي الخلفي
 وينضم لهذا الألم المستقر زمنا فزمننا آلام ناعسة على مسير الأعصاب السابقة
 وعلى حسب صعود الألم من أعلى وسقوطه إلى أسفل وبالعكس ينقسم إلى
 صاعد ونازل وهذه الآلام تحصل أمام ذاتها سيما وقت المساء عند دخول
 المريض في فراشه بحيث يكثر خروجه منها بسبب ذلك وأما عقب ضغط
 ظاهري أو تحريك الطرف السفلي بل وتوتر الصفاق العريض من الفخذ ولو
 قليلا يثيرها ولذا انتلزم المريض في فراشها بشئ الطرف السفلي قليلا وكذا
 بتوتر هذا الصفاق عند حركات السعال أو العطاس حيث تكون غالباً مصحوبة
 بآلام شديدة ثم إن المريض تحرك الطرف السفلي المصاب عند المشي
 وتضعفه على الأرض بغاية الاحتراس حيث إن كل حركة قوية أو خطوة عنيفة
 تحدث نوبة آلام شديدة وليس من النادر أن يصطبغ هرق النساء بتقلص
 عضلي في سمانة الساق أو بغيره من الانقباضات العضلية وذلك إما بسبب
 اشتراك الألياف المحركة في الإصابة أو من انتقال التهييج المريض
 وهو بأنه من الألياف الحساسة إلى المحركة بواسطة التضاعف الشوكي ولا شاهد
 تغيرات غذائية أي مادية في العضلة الصغيرة الوعائية المريضة مثل ما يشاهد
 في غير هذا المرض من الآلام العصبية لكن إن استطال المرض زمننا
 طويلا جدا شوهد ظهور الطرف المريض المصون عن الحركة دوما
 وأحيانا يترى قابلية تنبيه الألياف هذا العصب تغير تدريجي واضح ينشأ
 عنه ضعف في الحساسية أو شلل

ثم إن هذا الداء مرض يستعنى جدا بل الأحوال الجسدية فيه تسفر
 غالباً بسجل أساييس حتى زول بالكلية وزواله يكون عادة تدريجياً مثل
 حصوله وباقي أحواله قد تمكث هذه أشهر أو بجملة سنتين ومن أقرب شئ
 تحصل نكساته بعد البرء التام

المعالجة

يندر اتمام الدلائل العلاجية السببية فإن كان هذا المرض ناشئاً عن
 أمراض في العمود الفقري يلزم استعمال مصفات قوية جداً على هذا

العمود بواسطة المقص أو الحديد الحمي وأما المؤثرات المرضية التي تحدث
 هذا المرض ويكون مجاسها في الحوض فليس منها ما يسهل زواله بالمعالجة
 الا امتلاء التعريج السيني وحيث ان هذا الامر كثير ما يصاحب ظهور
 عرق النسالة وليندر صكونه السبب الوحيد فينبغي ابتداء معالجته عرق
 النساء بمسهل لطيف وان بقي بعد الولادة الشاقة وكان ناشئا عن
 التهاب في الغمد العصبي أو الاجزاء الخلوية المحاطة بالصفيرة الوركية
 ينبغي ارسال العلق ارسالاً متكرراً مع وضع الضمادات الفاترة وضعا مستمرا
 وفي أحوال عرق النساء الروماتيزمي يوصى باستعمال الحمامات الفاترة مع
 المداومة أو الحمامات الفاترة المعدنية وأجود الجواهر المضادة للروماتيزم
 استعمال الام الباطن يودور البوتاسيوم بقدار عظيم سيما اذا شوهد منه خفة
 الام وحصول الصباح يكون وانجما في الاحوال التي فيها يحصل الزكام اليرودي
 والطفحيات اليرودية - وأمام معالجة المرض نفسه فتنسدى في الاحوال
 الحديثة استعمال الاستفرغات الدموية الموضعية واستعمال المحاجم أولى
 من ارسال العلق وما ذكره من استعمال الفصد العام في معالجة هذا
 المرض في بعض كتب الامراض الباطنة مبنى غالب على نقل ما ذكره بعض
 المؤلفين قديما بدون أن يكون لذلك ادنى اتباع في الطب العملي وليس ثم في
 هذا العصر من يقول باستعمال هذه الوسطة في هذا المرض وأما في الاحوال
 غير الحديثة فينبغي استعمال المصرفات الجلدية سيما الحراير في الطيارة
 فتوضع واحدة على القسم القطني بجوار العمود الفقري في عمق اذنه تحمل
 خروج الاعصاب المكونة للصفيرة الوركية وأخرى خلف المدور العظيم ثم
 ينزل بها الى أسفل في محاذة المحال التي فيها يصير العصب سطحيا قريبا
 من الجلد الى القدم وزيادة على هذه الحراير ينبغي استعمال الكي الخفيف
 السطحي على مسير العصب الوركى ويكون شديدا بالحديد الحمي والمقصود
 على بعض اصفار من مسيره كما يستعمل الكي على ظهر القدم وبين اصابعه
 الوحشية (كطريقة العرب) وقد يستعمل أيضا على صيوان الاذن وتأثير
 هذه الوسطة ولو وقتيا غريبة التوجيه وكذا يحصل الصباح العظيم
 من التيار الكهر باثي المتقطع بواسطة استعمال الفرشة الكهر بائية

ولاسباب من استعمال التيار المستمر في كثير من احوال هذا المرض المستعصى عن المعالجة جدا وأما الجواهر الدوائية النوعية فالاهم منها في الاستعمال هو زيت الترمنتين على هيئة مسحوق بان يؤخذ منه نصف درهم مضافا له أوقية من العسل ويعطى منه مرتين في النهار كل مرة ملعقة واحدة صغيرة وكثير من الاطباء من يوصى باستعمال هذا الجوهر الدوائي لاسباب الشهير رومبرغ وأما القطع العصبي فلا ينبغي استعماله الا اذا كان المرض شاغلا يقينا لقرب عاتق دقيقة سطحية وأما استعمال الوراثرين والاكوتتين والمورفين الذي لا يستغنى عنه في هذا المرض فيقال فيه ما قيل في معالجة الامراض العصبية على العموم واستعمال الكهرباء في هذا المرض كغيره من الالام العصبية مهم للغاية على هيئة التيار المنقطع وبالأولى المستمر ولذا ينبغي استعمالها في جميع الاحوال الثقيلة من هذا المرض التي لم تثمر فيها الطرق العلاجية الاخر بشرط ان لا تكون ناجحة عن اسباب غير قابلة لشفاء ويوضع القطب الموجب بقرب البورة المرضية ما أمكن فيكون وضعه اما على الفقرات القطنية أو العجز أو الشرم الوركي أو على جزء العصب أو أحد فروعه العظمية ويوضع القطب السلبى على الانتهاءات الدائرية له ويسلط على العصب المريض التيار الشديد كل يوم أو يومين من ٥ دقائق الى ١٠ وقد تظهر ثمرة الكهرباء في هذا المرض احيانا عما قيل من الاستعمال وحيانا بعد جولة اسابيع ولا يكاد يستغنى في هذا المرض عن الحقن بالمورفين تحت الجلد لتسكين الالام وقتها

(المبحث الثاني عشر)

(في الالم العصبي الفخذي المعروف بعرق النساء المقدم)

قد تصاب الفروع العصبية المتوزعة في الجهة المقدمية من الفخذ والساق الآتية من الضفيرة القطنية بزيادة عن اصابة بعض فروع هذه الضفيرة المسمى ألمها بالالم العصبي القطني البطنى وحيث لم يتوزع هذا الالم بالمرض المذكور في الجهة الخلفية الوحشية كالالم العصبي الوركي بل يتوزع في الجهة المقدمية الانسية من الفخذ والساق ويمتد احيانا الى الكعب الانسى وجهة القدم الانسية حتى يعم الابهام والسبابة منها فيسمى باسم غير

صائب وهو الالم العصبي الوركي المقدم أى عرق النساء المقدم ثم ان هذا الالم نادرجدا بالنسبة للخلفى ويمكن حصوله مسئله فى كونه اما أن ينشأ عن ضغط على العصب عند خروجه من القناة الفقرية أو عن مهيئات تؤثر على الضفيرة القطنية وهى فى الحوض أو فروعها المتوزعة فى الدائرة أى فى الجهة المقدمة من الطرف السفلى كما ان الفتق المخنثى وخلع الفخذ والتهاب المفصل الفخذى الحرقفى لا يندر أن ينتج عنها ضغط على العصب الفخذى أو تورمه وثوران. ولم فى حساسية فروعه الجلدية ثم ان الالم العصبي الفخذى فى سيره وانتهائه يشابه عرق النساء فى سيره كذلك وانتهائه بل والمعالجة أيضا

ومن الاحوال النادرة جدا أن يكون العصب الشاغل مجلس الالم العصبي وينصف بانتشار الالم على الجهة الانسية العليا من الفخذ وباضطراب فى حركة العضلات المقربة للفخذ بسبب اشتراك الالياف المحركة لهذا العصب المتوزعة فى تلك العضلات وحصول تأثير الظاهرتين بجأة مهيبتين باعراض انسداد الدمى انسداد احادا مع المغص القوائى والالتهاب البريتونى هو العلامة الوحيدة الدالة على تشخيص الفتق المخنثى فى الثقب الساد

(المبحث الثالث عشر)*

(فى الانتاز يا الجلدية)

(أى ضعف حساسية الاعصاب الجلدية أو قدها بالسكلية)

فقد الحساسية الجلدية أى عدم حساسية الاعصاب الجلدية عقب تأثير المنبهات الظاهرة ينشأ ولا عن فساد أو فقد فعل الاجزاء الدماغية المنوطة بنقل تنبيه الاعصاب الحساسة الى القوة المدركة وقابلية تنبيه الاعصاب الحساسة فى هذا الشكل قد تكون باقية على حالتها الطبيعية مع فقد الحساسية التام عند المرضى عقب تأثير المنبهات الظاهرة وهذا الشكل من فقد الاحساس الذى كثيرا ما ذكرناه عرضا للجلد أمراض دماغية لا تعرض له بالسكلية فى هذا المبحث ولا نذكر هنا الا احوال المرضية للاعصاب الدائرية فانيا قد فصل الانتازيا عن انقطاع توصيل تنبيه الالياف

العصبية الدائرية الى الدماغ عقب فساد الالياف العصبية النخاعية الشوكية المذوبة بنقل التوصيل الى المركز الدماغى وفي هذا الشكل كذلك تكون قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية على حالة سلامتها الطبيعية وقد ذكرنا عند الكلام على التهاب النخاع انه كثير اما يشاهد ان المنبهات المؤثرة على الدائرة بشدة عظيمة جدا لا يصل تأثيرها المنبه الى الدماغ ولا يمتد اليه مع ان المنبهات الخفيفة يمتد تأثيرها المنبه من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب المحركة وينتقل اليها فحدثت حركات انعكاسية ويستدل من هذه الظاهرة على انه في مثل هذه الاحوال لم تزل قابلية تنبيه كل من الاعصاب الحساسة والمحركة محفوظة على حالتها الطبيعية في المحال السكائنة أسفل الجزء الذى انقطع فيه فعل التوصيل الى المركز الدماغى ولا تتعرض ايضا هنا للكلام على هذا الشكل ثالثا قد تحصل الانستازيا عقب تغيرات غذائية في الاعصاب الدائرية تؤدي لفقد قابلية تنبيهها كما ان ذلك يحصل ايضا من انقطاع اتصال هذه الاعصاب بالمركز العصبى الدماغى الشوكى بطريقة ميخانيكية وهذا الشكل هو الذى نتعرض له في هذا البحث ونشره ومع ذلك فلننبه على اننا نعتبر كل عصب حساس أو محرر لدائريا أى ليس مركزيا من ابتداء منشأته من الدماغ أو من النخاع الشوكى سواء كان سائرا فى الجمجمة أو القناة الفقرية أو خرج منهما وتر كهما وهذا الاعتبار ليس اختيارا ولا غير صائب بل يرتكن فيه الى ان جزء العصب السارى داخل الجمجمة أو القناة الفقرية يشابه بالكلية جزءه السارى والمتوزع خارج عذيق الجمجمة يفتن بالنسبة لفقد قابلية تنبيهه عند انقطاع اتصاله بالاعضاء المركزية وهذا الاعتبار سهل الاثبات فى الاعصاب المحركة فانه عقب اصابته مريض بالسكتة فى الجسم المضلع اليسارى وفقد الحركة الارادية من الجهة اليمنى من الوجه لم تزل أعصاب الجهة المنشأة حافظة لقابلية تنبيهها الطبيعى جملة أسايح بحيث يمكن بواسطة التيار الكهر بائى تحريك كل عضلة على حدها فى هذه الجهة وبالعكس اذا كان العصب الوجهى قد اعتراه فساد داخل الجمجمة بعد خروجه من الدماغ فما قيل يشاهد انقطاع قابلية تنبيهه كما يشاهد ذلك عقب

قطع الاعصاب الدائرية بحيث لا يمكن احداث انقباضات عضلية في عضلات الجهة المثلة وأما الاعصاب الحساسة فلا يمكن اثبات هذا الامر فيها بكيفية واضحة ومع ذلك فن الجائز أن يقال ان كل نوع من نوصي الاعصاب يشبه الآخر من هذه الحيثية وأقل ما هنالك انه في أحوال الانستازيا المركزة للعصب التنوعي الثلاثي يبقى هذا العصب حافظا لقابلية التنبيه زمناطو بلا كما يتضح ذلك من استقرار الظواهر الانعكاسية كرمش الاجفان عند لمس الملقمة

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التغيرات الغذائية للاعصاب التي ينتج عنها قد قابلية تنبيهها واهية جدا غالباً وغير مدركة بحيث لا يمكن مشاهدتها بلا واسطة فتلاصق انقطع توارد الدم الشر ياتي الكثير الاوكسجين الى عصب فقد هذا العصب قابلية تنبيهه ولا شك ان ذلك ناشئ عن تغيرات طبيعية أو كيمياوية في باطن العصب غير انه لا يمكننا اثباتها ولا الوقوف على حقيقةها وكثيرا ما نشاهد طبقا للتجارب الفسيولوجية ان الاجزا المتوزع فيها شريان منسد بواسطة سد ذاتية أو سيارة يعثرها فقد الحساسية قبل تكوين الدورة الجانبية التغممية فيها وكذا تأثير البرد تأثيرا مستمرا ينتج عنه فقد حساسية الجلد وذلك بسبب احداثه انكماشاً في الاوعية الشعرية الجلدية وانيميا في الاعصاب الجلدية ومن الجائز أن الانستازيا التي تحصل عقب التسمم بالجويدار تنشأ عن حالة انيميا في الاعصاب الحساسة الدائرية عقب تضيق تشعبي في جذر أو عيتها الشر يانية ومن قبيل هذه الانستازيا الدائرية أي الناتجة عن فقد قابلية تنبيه الاعصاب الحساسة الدائرية وانطفاؤها بدون وجود تغيرات مادية الانستازيا التي تطرأ كثيرا عقب تأثير البرد وتسمى الروماتيزمية وكذا الانستازيا التي شاهدها المعلم رومبرغ في كل من ايدي وأذرع الغسالات وهل الانستازيا الناتجة عن التسمم الزحلي متعلقة بتغيرات غذائية غير مدركة في الاعصاب الدائرية أو بتغير غير طبيعي في الاعضاء العصبية المركزية أم مشكوك فيه ومثل ذلك يقال في تأثير وفعل الجواهر المخدرة كالانبر والسكورو فورم فانه لم يثبت ان هذه الجواهر عند تأثيرها

الموضعي تكون قاصرة على الموضع المؤثر فيه بل الظاهر انها تؤثر كذلك على الدماغ أيضا في آن واحد فهل يشاهد تأثيرها المخدر الواضح مع بقاء وظائف الدماغ على حالة سلامة تامة وأما الانستازيا الاستبرية فلهما خصوصيات سنذكرها في بحث الاستبريا

وأما الانستازيا الناشئة عن ضغط مسقر مستو بواسطة الاربطة أو الملابس فانها عبارة عن درجة ابتدائية من اشكالها التي فيها لا يظن بوجود تغيرات مادية عصبية فقط بل يثبت فيها ذلك مع غاية الوضوح فانتا شاهد من هذا القبيل حصول ظهور وابتهاء الاستهالة العصبية في جميع الاجزاء التي يعثرها ضغط مسقر ولا بد ان يعثرى الاعصاب في مثل هذه الاحوال ما يعثرى باقي الاجزاء من التغير الا ترى انه بواسطة الضغط مثلا الواقع على أى عصب من وجود أورام مختلفة الطبيعة أو انسكابات أو نضج مرضي لا يندردان يفقد هذا العصب قابلية تنبيهه وينقطع فيما بعد اتصاله بالمراكز العصبية بالكلية فالانستازيا المصاحبة للجذام الاسويحي (نسبة لبلاد الاسويج) لا بد وان تكون ناشئة عن الضغط الذي يعثرى الاعصاب الحساسة داخل القناة الفقرية او الجمجمة من النضج المتكاثف فيهما وفي أحوال أخرى من الانستازيا يكاد جزء من العصب فساد بواسطة تغير التهابي ولا حاجة للتطويل على التغيرات المادية التي تنشأ عنها الانستازيا لتلايلهم التكرار بالنسبة لما ذكر في أسباب الآلام العصبية فان عين المؤثرات المرضية التي تحدث ارتقاء في قابلية تنبيه العصب عند تأثيرها تأثيرا ضعيفا وغير مستطيل تحدث أيضا عند تأثيرها تأثيرا مستطيلًا قويًا فقد في قابلية تنبيه العصب المذكور بل فساد فيه بالكلية

في الاعراض والسير

فقد الحساسية اما ان يكون تاما أو لاف في الحالة الاولى لا تحدث المبهيات التي تؤثر على الدائرة كالضغط أو اختلافات درجة الحرارة ادنى احساس وفي الحالة الثانية وان احدثت احساسا الا انه يكون غير واضح وغير أكيد وعند وجود انستازيا غير تامة كثير ما يحصل احساس بتنمل أو تعدد وحس المريض كأن بين الجلد والجسم الملامس أوساطا أخرى غريبة وقد وجه المعلم

هني هذه الظاهرة ان الاحساس زال من الانتهاء الدائرية للاعصاب وكانه ارتد عن اتجاهه نحو الاعضاء المركزية فكانما يوجد في الجسم الملاصق والعصب طبقة من جوهر عديم الاحساس والتأثير وبهذه النظريات يمكن توجيه هذه الظاهرة بأن البرودة التي تمتد بالاكتر الى انتهاء تفرعات الاعصاب الحساسة تحدث نوع من العمل وخدر في الجلد وهناك نوع آخر من الانستاز يا يسمى بفقد حساسية الالم وفي هذا النوع لا تحدث المنبهات الشديدة جدا ادنى احساس بالالام مع وجود حاسة اللمس وتوجيه هذه منبههم علينا ويمكن اعتبارها تبعا للعلم هني درجة ضعيفة من الانستاز يا فيقال ان هذه الظاهرة عند وجودها لا ينشأ عن المؤثرات المهيبة الشديدة شكل الاحساس الاهتيادي بالالام بل ينشأ عنها شكل آخر من الاحساس الذي يظهر عند تأثير مهيبات خفيفة على اعصاب ذات قابلية تنبيه طبيعية غير أن هذا القول يشترط فيه أن نبني عليه ان في مثل هذه الاحوال المرضية لا نذكر المنبهات الحقيقية بالكلية وهذا الشرط مفقود في احوال فقد حساسية الالم واصعب من توجيه الظاهرة المذكورة شكل الانستاز يا المعبر عنه بشلل الاحساس الجزى فانه في هذا الشكل ينطفي الاحساس بتأثير بعض مهيبات مخصوصة ويسمر بتأثير بعض مهيبات أخرى وان لم تكن أشد قوة مما قبلها - فمثلا ينطفي الاحساس باللمس مع بقاء قابلية الاحساس باختلاف درجة الحرارة وبالعكس يعني ان حساسية اللمس تكون موجودة وتنطفي قابلية الاحساس بدرجة الحرارة

ثم ان الناموس العصبي المعروف بناموس الظواهر الدائرية الذي به يدرك كل تنبيه عصبي حساس كتنبه حاصل في انتهاء الدائرية ولو كان تأثير السبب المنبه واقعا على جرح هذا العصب بوجهنا بسهولة عدم تشكى المرضى بالالام في الاجزاء التي فقدت حساسيتها ولا تتأثر من المنبهات الظاهرية وهذه الظاهرة تعرف بالانستاز يا المؤلمة أعني فقد الاحساس المؤلم الذي يوجد في جميع الاحوال التي فيها تنطفي قابلية احساس هذا العصب الى صفرا وخزومه اوم منه وزيادة على ذلك تكون فيها باقى اجزاء العصب التي اعلى هذا الصفرا الحافظة لقابلية تنبيهها ومتصلة بالمركز النعافى الشوكى عرضة

لتأثير سبب مهيج مستمر ومن الواضح ان هذين الامرين يصطحبان بكثرة في الاحوال التي فيها تضغط الاردام على أحد القروغ العصبية فان الجزء العصبي الكاثنين الدماغ والورم الضاغط يبقى حافظا قابلية التنبيه فيدرك تأثير السبب المهيج المستمر وأما جزء الكاثنين الورم والدائرة فتنتطفي فيه قابلية التنبيه بالكلية

وأما استازيا الاعصاب العضلية ففيها تقناقص قابلية ادرالدرجة انقباض العضلات أو استرخائها أو تفقد بالكلية وفي مثل هذه الاحوال يكون للمرضى احيانا قدرة على اجراء جميع الحركات التي تؤمر بفعلها وان لم يمكنها بدون حساسية الابصار الحسك على درجة اجراء الحركات المفعولة فانها مثلا يمكنها القبض باليد على الاشياء ما دامت حركة القبض عليها مصحوبة بالنظر وعدم غلق العين تسقط الاشياء القابضة عليها من أيديها وان كان فقد الاحساس مصيبا لاعصاب الاطراف السفلى امكن المرضى المشي مدة النهار لكنها في الظلام تهتز وتضطرب في مشيها ولا يمكن التقدم في المشي مطلقا

وكثيرا ما تضعف الاستازيا باضطرابات دورية غذائية في الاجزاء المنشلة فدرجة حرارتها تكون غالبا متناقصة زيادة عن درجة واحدة ووظائفها مضطربة بوقاقر ازها متناقصة وازيادة على ذلك تكون مقاومة هذه الاجزاء قليلة جدا فانها باقل تأثير برد يعثر بها التجلد مثلا وحرقتها وجرورها وقرورها لا تشفى الا بعصر عظيم جدا أو لا تشفى بالكلية وتحصل فيها الغنغرينا الوضعية بسهولة عظيمة جدا وكل من البشرة والاطافير يتفلس ويتشقق والجلد يصير خرقا وتحصل الازديما في المنسوج الحساوي تحت الجلد ثم ان بقاء الدورة بوجهه بسهولة الاضطرابات المذكورة التي تعثرى الاجزاء الفاقدة الحساسية وان لم يتضح فيها سبب بقاء الدورة ويظهر تبعات التجارب الفسيولوجية للمسلم اكمن وقر يامن العقل ان بقاء الدورة ناشئ عن اضطراب في الالياف العصبية الممباتوية المصاحبة للالياف العصبية الشوكية في سيرها فان المعلم المذكور شاهد أنه عند قطع الاعصاب الشوكية بين النخاع الشوكي والعقدة العصبية الممباتوية في الضفادع يحصل شلل وفقد في الحساسية فقط بدون حصول اضطرابات غذائية في الاجزاء المنشلة

وأما عند قطع الاعصاب الشوكية المذكورة خارجا عن العقدة الممباتوية
 أعني بعد اختلاط الالياف العصبية الشوكية بالممباتوية بواسطة الفروع
 التفرعية فإنه يشاهد اضطراب الشلل وقد الحساسية في هذه الاجزاء المثقلة
 مع بقاءه في لون الجلد وتقلص في البشرة واحتقانات ضعفية في الاوعية
 الشعرية وأوذما ونحو ذلك من الاضطرابات الدورية

ومتى كان العصب المنفصل عن المراكز العصبية أو العاقد لقابلية
 تنبيهه بأي مؤثر مضر مشددا على الياف محركه والياف حساسة اجتمع فقد
 الحساسية حينئذ يفقد الحركة أيضا بل ويظهر كأن العصب الفاقد لقابلية
 تنبيهه تمتد منه هذه الحالة الضعفية المرضية بواسطة العقدة العصبية الى
 أعصاب أخرى مثل ما ان العصب المتنبه تنتقل منه هذه القابلية الى أعصاب
 أخرى بواسطة العقدة العصبية وتوسطها وعلى مقتضى ذلك توجه الملاحظة
 الآتية وهي ان فقد حساسية العصب التوأى الثلاثي ينضم اليه ضعف
 في حساسية كل من عصب الشم والعصم كما ينضم الى المهم العصبي ضعف في
 حساسية القنوات الممعية وكانضم الشلل غير التام الى فقد الحساسية
 المستطيلة زمنا طويلا المعروف بالشلل الانعكاسي

وليس من السهل تمييز اشكال الانستازيا الدائرية عن اشكال المركبة والذي
 يرتكن اليه في التشخيص التمييزي بينهما هو امتداد فقد الاحساس
 وتضاعفه لشلل في الحركة أو عدم وجود هذا التضاعف فان كان فقد
 الاحساس مثلا عاما لاحد شقي الجسم ومصابيا لشلل النصف الجانبي أيضا
 دل ذلك بدون شك على ان فقد الاحساس مركزي وان كان فقد الاحساس
 منتشر على النصف السفلي من الجسم وكان مصاحبا لشلل النصف السفلي
 أيضا دل ذلك على وجود آفة في النخاع الشوكي وعند وجود فقد في حساسية
 البصر يدل الشلل المصاحبه على ان شكل الانستازيا مركزي وان كان
 مصحوبا بحركة طبيعية في أعضاء الابصار وغيرها دل ذلك على ان شكل
 الانستازيا دائري ومن المهم جدا في التمييز بين هذين الشكلين وجود الحركات
 الانعكاسية التي اثمرناها فيما تقدم فان كان فقد الاحساس دائريا بان
 كان العصب منفصلا من النخاع أو كانت قابلية تنبيهه مفقودة لا يمكن

انتقال تنبيهه الى الاعصاب المحركة فلا يحصل حينئذ حركات انعكاسية وأما ان كان فقد الاحساس من ككزيا بمعنى ان جزء الدماغ الذي فيه تدرك الاحساسات وتصل الى الدماغ منقسطا من الجائز ان يكون السبيل الذي منه ينتقل التنبيه من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب المحركة على حالة سلامة فيمكن حينئذ حصول حركات انعكاسية وهذا غير ما يحصل اذا كان النخاع الشوكي منقسدا في بعض امغاره المحدودة كما في التهاب العمود الفقري أو التهاب النخاع المحذور وأما عند إصابة هذا العضو بالالتهاب المنتشر أو الصغور فالغالب فيه عدم حصول حركات انعكاسية - وهناك دليل آخر قطعي يدل على اختلاف هذا الامر أي على وجود بعض الحركات الانعكاسية في أحوال الانستازيا المركزة وعدم وجودها في أحوالها الدائرية وهو انه ان حصل فقد الاحساس في المنطقة عقب السكتة الدماغية فان المريض لا يحس بالكلية عند ملامسة الغشاء المخاطي للقله غير أنه يحصل لعين غلق يدون ارادة لان التنبيه ينتقل من التفرعات العصبية الحساسة للعصب التوأمي الثلاثي ويعتمد الى التفرعات العصبية المحركة للعصب الوجهي وأما اذا كان فقد احساس المنطقة متعلقا بفساد في عقدة جسيرو أو الفرع العيني من التوأمي الثلاثي فان المريض لا يحس بلامسة المنطقة ولا بخلق عينه بدون ارادة فان انتقال التنبيه من العصب التوأمي الثلاثي الى العصب الوجهي في هذه الحالة غير ممكن بالكلية

ثم ان سير الانستازيا يتعلق بالكلية بمرضها الاصيل فان كان العصب قد اعتراه تفرقات اتصال بواسطة آلة قاطعة فان الاحساس يفقد عما قليل من الزمن أحيانا وأما اذا كان العصب الحساس منقسدا في امتداد عظيم منه فان فقد الاحساس يستمر طول الحياة وكل من فقد الاحساس الروماتيزمي والناجم عن ضغط غير شديد منتظم على سير العصب بهما ينتهي غالبا انهما جيدا خلافا لباقي اشكال هذا المرض

المعالجة

معالجة الانستازيا لا تتم الا في الاحوال التي فيها يمكن ازالة السبب الناجبة عنه واحيانا يقتضي الجال لفعل عمليات جراحية أو لاستعمال معالجة مضادة

لروما تيزم ويندر هنا عقب زوال السبب زوال المسبب عنه بسرعة وفي مثل هذه الاحوال تستعمل الدلائل كالجواهر المذنبه الروحية أو العطرية بل والكهربائية كما أنه يمكن استعمال المياه على هيئة التشنج أو الحمامات الطبيعية ولو ان رجوع قابلية التنبيه الى الاعصاب التي انطفأت منها أمر غير محقق ولا مقطوع به

*) المبحث الرابع عشر *

(في استازيا العصب التوأمي الثلاثي أى فقد حساسيته)

*) (كيفية الظهور والاسباب) *

المؤثرات المرضية التي تحدث الالم العصبي الوجهي تبعا لما بيننا في المبحث السابق يمكن ان تحدث كذلك فقد حساسية العصب التوأمي الثلاثي بتأثيرها تأثيرا شديدا مستطيل الجدد فقد وجد في بعض أحوال استازيا احدى محيطي الوجه انضغاط عقدة جلمري بواسطة أو رام أو متوصلات النهائية أو فسادها أو كابتها لاسمالات مرضية كما أنه وجد في احوال اخر ان احد الفروع الثلاثة للعصب التوأمي الثلاثي اعتره ضغط أو إصابة جرحية اخرى قبل خروجه من الجمجمة أو حال خروجه من ثقب العظم الوندى وفي احوال وهي الغالب وجد فقط بعض ثغرات العصب التوأمي الثلاثي متقطعة عقب العمليات الجراحية أو منقصة ومتمتكة عقب التقيح أو ضغط بعض الغدد عليها أو مقزقة عقب استئصال بعض الاسنان سيما الفرع السفني من هذا العصب ثم ان السير الجيد في بعض احوال هذا المرض يدل على انه يمكن حصوله من اسباب وقتية برهية كتأثير البرد الذي ينشأ عنه بغض تغير في العمد العصبي

*) الاعراض والسير *

في الاحوال التي تفقد فيها جميع الياف العصب التوأمي الثلاثي قابلية تنبيهها يكون من الواضح ان جرع هذا العصب أو عقدة جلمري هو الذي اعتراه التغير أو الفساد وفي مثل هذه الاحوال ينقسم الوجه الى قسمين متساويين متميزين عن بعضهما احدهما حاسر والاخر غير حاسر وكذا تجاوي ف الوجه المتوزعة فيها فريعات حساسة من هذا العصب يحصل فيها

مثل ذلك أيضا في الجهة المريضة يمكن لمس العين أو الضغط عليها أو وخزها
 ووخز الأنف كذلك بالآلات وأخزة مدببة أو تأثيرا بخز مهيجة فيها بدون أن
 تحس المريض بشئ من ذلك وعند وضع قارورة مثلامن الزجاج على الشفة
 لا تحس الايجهه منها واحدة بحيث تظن المريض انها منسكمة وكذا انصف
 اللسان يكون كذلك وسيل اللعاب من الجهة المريضة من القم وباني المطعومات
 تبقى معلقة بين فكي هذه الجهة بدون ان تدركها المريض ولا تشاهد ظواهر
 الانعكاس في عضلات المقله عند تنبيه الملقمة كما ذكرناه في البحث السابق
 وعلى العكس من ذلك تحصل عند وقوع ضوه شديد على الشبكية فانه ينتقل
 التنبيه من العصب البصري السليم الى العصب الوجهي وكان المريض لا
 نرمش اهدابها عند تنبيه الملقمة لا تفعل حركات العطاس عند تهيج الغشاء
 المخاطي الانفي فان الحركات الانعكاسية لا يحرضها هذا التهيج ولا يمتد
 تنبيهه الى الاعضاء التنفسية و ينضم لهذه الظواهر اضطرابات غذائية في
 الجهة المريضة تشبه ما تحصل في حيوان قطع منه العقدة العصبية الجسدية
 بالصناعة كانتفاخ العين الدوالي وتقبهها أو ضمورها أو انتفاخ الشاة انتفاخا
 فطريا ووزيف التصريف الغمي والانفي وتلون الوحشة باللون الازرق مع
 انتفاخها وفي بعض احوال اخرى تفقد حساسة الذوق وفي غيرها تبقى محفوظة
 واما حساسية البصر والسمع فكثيرا ما يعتبرهما تغييرا مع ذلك يعسر معرفة
 درجة تأثير الاضطرابات الغذائية المذكورة للغشاء المخاطي الانفي والعيني
 في هاتين الحاستين ثم ان كان التغيير أو الفساد مصيبا لمحل من جزء العصب
 النواحي الثلاثي الكبير والصغير اصطبغ فقد الاحساس الجانبي للوجه بفقد
 حركة العضلات لهذه الجهة وان كان فساد العقدة نتيجة أورام عظيمة في
 الجمجمة أو غيرها من التغيرات المرضية الممتدة لقاعدة الجمجمة حصل
 كذلك اضطراب في وظائف غير هذا العصب من اعصاب الدماغ سيما
 المحرك للمقله والوجهي والسمعي فيحصل للمريض اماسقوط الجفن أو تعدد في
 الحدقة وشلل في الجهة المسامنه من الوجه وصمم في اذن تلك الجهة
 واذا كان جزع هذا العصب غير مصاب بل المصاب أحد طرفي وعه الرئسة
 كان مجلس فقد الاحساس الاجزاء المتوزع فيها الفرع العصبي المريض

فيشاهد فقد الاحساس في المقلة عند اصابة الفرع الاول وفي الانثى عند
الثاني ثم في القدم عند الثالث - وعند اصابة أحد الفروع الصغيرة فقط
لا يفقد الاحساس الا في بعض اجزاء محدودة من الوجه قليلة الاتساع جدا
بحيث ان تجاوزيف الوجه تبقى حافظة لسلامتها

والانستازيا المركزية المنفردة في العصب التوأمي الثلاثي أى التي تحصل
بدون ان تصطبغ بفقد الاحساس في نصف الجسم المسامت للجهة المربضة
وبدون شلل نصفي جانبي فيه نادرة جدا والذي يرتكن اليه في التمييز
فقد الاحساس المركزي دون الدائري قد ذكر في البحث السابق

ومعالجة انستازيا الزوج الخامس يرتكن فيها الى ما ذكر في البحث
السابق وحيث ان هذه الانستازيا كثيرا ما تتعلق بشغبات مهمة داخل
الجسمه فمن النادر وجود احوال فيها يصل الطبيب الى ازالة السبب
الاصلي وبهذه المثابة كثيرا ما لا تثمر فيها المعالجة فان لم يكن ثم سبب أصلي
مانع من الشفاء أو أمكن ازالته ساغ معالجة شلل الاحساس حيث يذ بطرق
علاجية واصلة فيستعمل زيادة من الوسائط المنبهة الموضعية المختلفة
كالدلكات البسيطة والدلك بروح حبيب العرعر أو الميريلا أو الكافور أو
الابوديلدك وبالمرهم العصبي والتشكلات الباردة والفازرة الكهربية
لاجل ايقاظ الحساسية ثانيا فانها هي اقوى الوسائط في الانستازيا عموما
وفي انستازيا هذا العصب خصوصا والمفضل التيار الجلواني مع الاحتراس
اللازم في استعماله لقرب الحبل من الدماغ

* (في تشخيص بعض الاعصاب الدائرية وتفرعها) *

ولنشرح في المباحث الآتية التنبيهات المرضية التي تشاهد في الاجزاء
المتوزعة فيها بعض الاعصاب المحركة فكما ان شدة تنبيه أحد الاعصاب
لحساسية ينبج عنه احساس بالمبتضع بظواهر انعكاسية كذلك ينبج
عن شدة تنبيه أحد الاعصاب المحركة انقباض وقصر في الالياف العضلية
المتوزعة فيها هذا العصب ثم ان وقع التنبيه العصبي المرضي على عصب
محرك بكيفية متعاقبة مربعة اسفرا انقباض الالياف العضلية الذي ينبج عن
التنبيه العصبي الاولى حتى يعقبه تنبيه مرضي آخر ولذا تحصل انقباضات

عضلية مسفرة يعبر عنها بالتشنجات المسفرة أو التيتنوسية وأما إذا كان
تعاقب التنبيه العصبي في أزمنة بعيدة عن بعضها بحيث أن العضلة
تسترخي قبل أن يحدث تنبيه عصبي آخر انقباضاً في اليافها وتعاقت حينئذ
الاتقباضات العضلية مع الاسترخاء فإن ذلك يسمى بالاتقباض العضلي
المتقطع أو التشنجات المتقطعة

ثم إن الأعصاب المحركة في الأشخاص السليمين ينشأ تنبيهها إما من البورة
المركزية للارادة وبذلك تنشأ الحركات الارادية أو من بعض اجزاء
الدماغ التي تنبيه عند الانفعال النفسي بدون مدخل للبورة المركزية
الارادية ومن هذا القبيل الحركات الناتجة عن حصول انفعالات نفسية
كالغضب الشديد والالم ويعبر عنها بحركات الالم أو الغضب الشديدين فإنه
لا يقصد تقلص الوجه عند البكاء مثلاً حالة الحزن ولا قبض اليد بشدة عند
الغضب بل حصول ذلك غير ارادى وهناك بعض حركات تحصل عند السليم
بدون ارادة بل بضد الارادة وذلك بواسطة انتقال التنبيه العصبي من
الياف عصبية متجهة نحو المركز الى الياف عصبية متجهة نحو الدائرة تسمى
بحركات الانعكاسات الطبيعية وبميز بعض هذه الحركات المهمة بالذاتية
الناشئة عن منبهات طبيعية قوية مترددة بانتظام كحركات التنفّس الناشئة
عن تراكم حمض الكربون في الدم وحركات الازدرد الناشئة عن وصول
البلعة الغذائية في الباعوم عن الحركات الناشئة عن منبهات نادرة التردد
كالعطاس ورمش الهدب ونحو ذلك

وبلغظ التشنجات بمعنى حالة مرضية فيها يكون تنبيه الاعصاب المحركة
ناشئة عن مهيّجات غير اعتيادية وغير معلومة وليست ارادية أو التي
فيها تأثير المهيّجات الاعتيادية يحدث تنبهاً شديداً جداً منتشراً في تفرعات
الاعصاب المحركة

ثم ان تقسيم التشنجات بحسب نوع المهيّجات التي أحدثت التنبيه العصبي
أو بحسب العنصر الذي أثرت فيه غير ممكن بحسب درجة العلوم الى وقتنا هذا
فان التشنجات التي مستكلم عليها في هذا المبحث تنشأ عن مهيّجات مختلفة
غير معلومة فهي وان حصلت في بعض الاجزاء المتوزع فيها بعض الاعصاب

المحركة واقصرت عليها غير انشالا نعلم هل وقع تأثير المهيج على نفس الالياف
المتنبهة بلا واسطة أم لا

﴿المبحث الخامس عشر﴾

(في التشنج العصبي الوجهي المعروف بالتبك التشنجي وتشنج المصنعة)
* (كيفية الظهور والاسباب) *

التنبه المرضي لفروع العصب الوجهي المتوزعة في عضلات الوجه يعبر
عنه بالتشنج الوجهي أو تشنج المصنعة مالم يكن ظاهرة من التشوهات العامة
وأسبابه منبهة علينا ومن القريب للعقل ان التنبه المنعزل للعصب الوجهي
لا يكون متعلقا بتغيرات في الدماغ كما انه في النادر جدا ان يكون
النتيج المحدث لهذا المرض واقما على هذا العصب داخل الجمجمة أو في
انشاء سيرة في قناة فالوب والاحوال التي يكون فيها هذا التنبه ناشئا
عن مؤثرات ظاهرية أثرت في الوجه كالبرد والمرض أو ضغط بعض الاورام
لا يستدل منها بالتأثير كيد على ان تأثير هذه المنبهات المرضية على الياف العصب
الوجهي نفسه بدون واسطة وانما أثرت ابتداء على تفرعات العصب
التوأمي الثلاثي ثم احدثت فيما بعد بطريق الانعكاس تنبيه العصب
الوجهي وقد يمتد في أحوال أخرى تشنج المصنعة نتيجة امتداد التنبه
العصبي من أعضائه بعيدة كالمعا عند وجود التدبير المعوية ومن الزحم
في الاستيريا ويسمى حينئذ بالتشنج الوجهي الانعكاسي كذلك بعدم
الاسباب المنبهة لهذا المرض الانفعالات النفسية والميل للتقليد والظاهر
ان هذا المرض في الرجال أكثر منه في النساء

﴿الاعراض والمبر﴾

يكاد لا يصاب في معظم أحوال تشنج المصنعة الاعضلات احدى جهتي الوجه
ويكون فيها مستقرا أو متقطعا ووصفه مع الاختصار المعلم رومبيرغ
بانه مرض يوجد فيه تقلص عضلي في المصنعة اما متقطع أو مستمر في احدى
جهتي الوجه أو فيهما معا وذلك نادر في الحالة الاولى يحصل في عضلات الجبهة
والمؤخرى المنجذب الى أعلى أو الى أسفل وانكماش الحواجب ورمش الاهداب
أو انعطاف الاجفان واعتزاز جناحي الانف والمنجذب زاوية الفم الى أعلى

أو أسفل وهذه التقلصات تحصل ثم تقف فجأة ثم تتردد ثانية وعند استمرارها تكون ميازيب جهة الوجه المصابة واضحة فائرة وأربعة الألف وزاوية الفم وطرف الذقن منجذبة نحو الجهة المريضة وعندئذ الس عضلات يحس بتوترها وصلابتها وحركاتها تنعصر بالسكية بحيث لا يتيسر للرئيس غلق عينه غلقاً تاماً ولا يستطيع منع حصول النبوة ولا إيقافها - وكل حركة عضلية ارادية في أجزا الوجه تصطبب بتشجبات عضلية في عضلات أخرى منه وفي ابتداء المرض تكون غالباً الجهة المريضة من الوجه مؤلمة وفيما بعد يزول الألم لكن يندران يعقبه فقد الاحساس بالسكية

وفي أحوال أخرى قد لا يكون جميع الياف العصب الوجهي مشتركة في التنبيه المرضي بل المصاب بعضها فقط كالفروع الجفنية أو الشقية أو الشقوية أو فروع صيوان الأذن كما شاهدت ذلك الملمر ومبرغ في حالة فعند إصابة الفروع الجفنية يحصل في الأجفان انطباق وانفتاح بسرعة أو انقباض تشبسي يعرف بتشنج الأجفان وعند إصابة فروع الشفة تحصل حركات تشبسية تشبه الضحك في جهة واحدة أو في الجهتين مع التعرف بالضحك السكبي أو الصاردوني وعند انحصار الإصابة على فروع صيوان الأذنين تحصل حركات تشبسية فيهما فتجذبان إلى أعلى أو أسفل مدة خمس دقائق وأكثر وأحياناً يمتد التشنج الوجهي إلى أعصاب محرركة أخرى مثل امتداد التيك المؤلم فحصل حركات مصاحبة أخرى في عضلات المخ أو في العصب تحت اللسان أو الأضاني لوليس أو في الأعصاب الشوكية

وسير هذا المرض من زمن ومدة غير محدودة والعادة أن يستمر طول الحياة بعد حصوله فجأة أو تدريجاً والذي يمنع من الوقوع في الخطأ والتباس الشكل التبتنومي من هذا المرض بالنجذاب الوجه الذي يشاهد في أحوال الشلل العضلي النعفي الجانبي هو عدم اضطراب حركة عضلات الجهة غير المنجذبة وتأثرها الطبيعي من التيار الكهربائي وكذا بالذي نبه عليه الملمر برونس من أنه في أحوال هذا الشلل لا يحس عند لمس عضلات

الجهة السليمة بتوتر دائم فيها ويجذب جلد الوجه في هذه الجهة يمكن استرجاع شكل الغم فانيا

﴿المعالجة﴾

في الاحوال الحديثة لتشيج الصنعة قد تضر المعالجة المعروفة والمصرفه واماني
الاحوال المزمنة او المستعصية فلا تجدى المعالجة نفعاً ولو بالكهر بائية وان
نشأ التنبيه المرضي للعصب الوجهي بطريق الانعكاس وامكن معرفة فروع
العصب التوائى الثلاثى الناشئ عنها التبرج جاز قطع انصالحها بالدماغ
بعمامة القطع العصبي فانه حصل منها نجاح عظيم في حالتين ذكرهما المعلم
رومبيرغ فيهما قطع الفرع فوق الحاج وكذا يظهر ان الحقن تحت الجلد
بالمورفين له فائدة كذلك في احوال التشيج الوجهي الانعكاسى فقط وفي
الاحوال المستعصية ينبغي استعمال الكهر بائية ولو ان نجاحها لم يثبت
الا في احوال قليلة والاحواد استعمال التيار المستمر واما قطع فروع
العصب الوجهي نفسه فلا يجوز لما يترتب عليه من مرض اضر من الاول
وهو شلل عضلات الوجه واما قطع العضلات تحت الجلد فقد تنجح في حالة تشيج
الصنعة كما ذكره المعلم ديانيباخ

﴿المبحث السادس عشر﴾

(في تشيج العصب الاضاني لوليس والاجزا المتوزع فيها)

قد يعترى هذا العصب كالعصب الوجهي حالة تنبيه مرضي وكيفية ظهور
هذا المرض واسبابه غير واضحة كتشيج الصنعة ويقال ان من اسبابه التواء
الرأس الشديد وتأثير البرد ومرض الفقرات العنقية
واما تشيجات القفا التي تشاهد خصوصاً في الاطفال عند التسنن المعروفة
بتشيجات السلام فالذي يظهر انها ليست ناشئة عن اصابة هذا العصب أو
الاعصاب العنقية بل الذي يظهر من سير هذا المرض ومضاعفاته أنه
مرض لبعض أمراض الدماغ أو ظاهرة من ظواهر الاكيسيا

في الاعراض والمسير

يتضح التنبيه المرضى للعصب الاضافى لولس بوجود تشنجات متقطعة
أو مستمرة مصيبة لجهة واحدة غالباً في العضلات المتوزع فيها هذا العصب
أعنى في العضلة المربعة المعينية أو في العضلة القصية الترقوية الحلية

ففي الحالة الاولى يشاهد انجذاب الرأس جملة مرات غالباً الى الخلف انجذاباً
منحرفاً بحيث يقرب القمعدوى عن الكتف والاذن من الترقوة وبحسب
تقلص العضلة القصية الترقوية الحلية أو المنحرفة للقف ينجح الرأس اما جهة
الامام أو الخلف كما أنه يشاهد في أثناء النوب ارتفاع الكتف الى أعلى
بسبب انقباض عضلة العنق المنحرفة وعند امتداد التنبيه العصبي
المريض الى العصب الوجهي يشاهد تقلص الوجه وعند امتداده الى
الجزء الصغير من العصب التوأمي الثلاثي ينطبق الفك على بعضهما
فيحصل ما يسمى بالسكران وان اشتركت أعصاب العنق في الإصابة شوهد
التواء الرأس وتحرك الاطراف العليا كذا انقباضية ومثل هذه النوب
المصوبة غالباً بالم في العضلات أو محل اندغامها لا تستقر الا بعض ثوان
وتتردد في ابتداء هذا المرض قليلاً ثم يكثر ترددها بحيث يمكن ان يصل
عدد النوب نحو الثلاثين مرة في الدقيقة الواحدة حتى تصل المرضى الى حالة
الياس وهذه النوب عادة تزول عند النوم والتشنجات المتقطعة المذكورة
التي تصيب العضلات المتوزع فيها العصب الاضافى لولس تظهر عادة
بالترديج ثم تتأقل شيئاً فشيئاً وزوالها بالكلية نادر والغالب استمرارها
مدة الحياة بدون تهديد

وتشنجات السلام في الاطفال يعنى بها نوب تشنج منفردة أو متكررة فيها
ينجذب الرأس نحو الامام بسبب تشنج العضلتين القصيتين الترقويتين
الحليميتين المتقطع بحيث يكون تردد انحناء الرأس نحو الامام بحركة اللعب
الصينية وهذه الانحناءات تتعاقب اما ببطء أو بسرعة بحيث تحصل في
الدقيقة أكثر من ثمانين مرة الى مائة وكثيراً ما تشترك بعض عضلات الوجه
في التشنج خصوصاً عضلات الاجفان وقد يظهر في بعض الاطفال المصابين
بهذا الداء صرع أوله فيها بعد دور مجازي ولان بعد التشنج

وأما الحالة الثانية وهي التشنج المسقر في العضلات المتوزع فيها العصب
الاضافي لولس فهي التي ينشأ عنها الشكل التشنجي من التواء الراس
الى احدى الجهات وفي مثل هذه الحالة يكون التشنج قاصرا على العضلة
القصية الترقوية الحلمية بحيث يجذب الراس نحو الامام والجانب وأغلب
مشاهدة هذا المرض في الاطفال دون البالغين بل قد يشاهد في حديثي
الولادة عقب اصابة العصب الاضافي المذكور بالتشنج وقد تسبق نوبة
التشنج المستمر بنوب تشنج شتقطع وفي ابتداء هذا المرض يعتبروا هياجدا
بحيث يظن أنه حالة روماتيزمية فيأمر الطبيب بذلك بواسطة الابرودك
او المروخ الكافورية او يأمر بغير ذلك من الادوية التي لا طائل تحتها
حتى يتضح له حقيقة المرض عقب ازدياده واستعصائه عن الشفاء بالمعالجة
المذكورة فيزداد ميل الراس الى الجانب المتجذب اليه وتبرز العضلة
القصية الترقوية الحلمية بروزا واضحا سيما جزءها القصي على هيئة جبل
متوتر وكذا جلد الجهة المقابلة يتوتر وتبرز عضلاته وباستطالة الزمن تتغير
محنة الوجه بسبب جذب عضلات احدى جهتيه بعضلات العنق المتقلصة
كما ان اسفرار ميل الراس يؤدي لتقوس في العمود الفقري والتخساف الصدر
في الجهة المربضة

﴿المعالجة﴾

أما التشنجات المتقطعة التي تصيب الاجزا المتوزع فيها العصب الاضافي
لولس فالوسائل العلاجية لا تجدى فيها نفعا عظيما غالبا وان يصر للعالم
(مورنس) و(ماير) شفاء أحد العساكر وكان مصابا بتشنج المصهنة مع تشنج
متقطع في عضلات العنق عقب استعمال التيار الكهر باي المتقطع في
كل عضلة مصابة من عضلات العنق على حدها خمس مرات في خمسة
مجالس الا أن تجارب أخرى في مثل ذلك لم تؤيده في أحوال أخرى فيستنتج
ان مثل هذا النجاح استثنائي وكذا استعمال التيار الكهربي في
المسقر (بوضع القطب الموجب على العصب الاضافي والقطب السالب على
جزء آخر من أجزاء الجسم) يظهر أنه في شكل التشنج المتقطع لا ينجح عنه
شفاء تام بل مجرد انحطاط في التشنج والالام وغير ذلك يقال بالنسبة

للخدرات كالورفين والاترو بين والكورار بالحقن تحت الجلد فانما لم تؤد
لجراح تام الا في احوال نادرة وكذا المصرفات الجلدية (بالحراريق والمراهم
المنفطة) وأما الكي بالجليد المحمي على جانبي العنق فقد تحصل منه المعلم بوش
على شفاء تام في اربع احوال مستعصية واما شغل التشنج المسفر فقد تحصل
معه على نجاح تام بواسطة الكهربية المسفرة وعند استقرار انقباض العضلة
القفسية الترقوية الحلمية يسوغ استعمال معالجة جراحية مضافية
بالتعديل او القطع العضلي

﴿ المبحث السابع عشر ﴾
﴿ في تشنجات السكتات ﴾
(كيفية الظهور والاسباب)

تشنج الكتاب عبارة عن تشنج مرضي يحصل في بعض الالياف العصبية
المحركة المتوزعة في عضلات الاصاب تشنجا يكون فقط وقت تحركها وتهدئتها
للكتابة بحيث يتعذر على المريض الكتابة بالكلية من الانقباضات
التشنجية وان لم يحصل هذا التشنج في انشاء الكتابة بل من حركات اليد
غيرها كشغل الجزم او الحلب وحينئذ يسمي بحسب ذلك
ثم ان كيفية ظهور هذا المرض الذي ليس نادر الحصول وكثيرا ما يمنع
صاحبه من تعاطي صنغته بجهولة بالكلية وقد ذكرت عدة نظريات في هذا
الخصوص اقر بها العقل ما قاله المعلم فرتم انه عبارة عن مرض عصبي
منعكس فيه لا ينشأ تشنج الاعصاب المحركة من الاعصاب الجلدية الحساسة
كما هو غالب الامراض العصبية المنعكسة بل ينشأ من الاعصاب الحساسة
العصبية والذي يؤيد ذلك هو ان نوبة المرض لا تحصل مطلقا من ملامسة قلم
الكتابة أو الورق بل من جعل اليد في وضع مستعد للكتابة بدون ملامسة قلم أو
ورق كما أنه يقر بالعقل أيضا ان التشنج العصبي المرضي لا يحصل فيه
الانعكاس من الاعصاب الحساسة الى المحركة بل من انتقال التنبيه من
الحركة التنبيهية بالارادة الى اعصاب محركة أخرى وحينئذ تشنج الكتابة
كتشنجات الرقص السجى أو تشنج الكلام أي التلجلج فيه فالحركات غير
المنتظمة التي يحصل اضطراب الكتابة تعتبر حركات مصاحبة

وأما الامور السببية المهيئة فمن المشاهدات هذا المرض في الرجال أكثر منه في النساء واختلاف الاستعداد للإصابة هنا مبني على اختلاف الاعتيادات كما يشاهد ذلك في الامراض العصبية وأكثر ما يصاب به من حسن الثلاثين الى الخمسين أى السر الذي فيه تكثر الاشغال العقلية الشاقة وكذا الكتاب والمعلون والتجار ونحوهم وما يهيئ للإصابة به ضيق اكمام الملابس اذ بذلك تنضغط به عضلات الساعد مدة الكتابة وكذا الجلوس المتعب مدة الكتابة واستعمال الاقلام الصلبة والخصوص الریش المنوع من الصليب والامور التي يبنى عليها حصول ذلك عند تأخير تلك الاسباب غير معلومة

في الاعراض والسير

تشيج الكتاب يسبق غالباً بتعب اليد وقت الكتابة واحساس بعدم الاستسكان على القلم عند القبض عليه بحيث يظن المريض أنه مجبور على ضبطه بقوة وعند تقدم المرض واتضاعه يحصل انقباض تشنجي وقت الكتابة في الاصابع الثلاثة الاولى (الابهام والسبابة والوسطى) وهذا الانقباض تارة يكون في العضلات القابضة للاصابع وتارة في الباسطة لها وعلى حسب الاولى او الثانية يميز تشيج الكتاب الى عدة اشكال كالقباض الابهام التشنجي واختلاج السبابة او اليد او شكل آخر متكون منهما مع القلم حال الكتابة يهتز الى اعلى او الى اسفل بحيث تظهر الكتابة كبش الفراع بلا عن وضوحها وتوحه فكر المريض للخوف من وقوع ذلك مما يزيد وكما اراد المريض مقاومة ذلك والقادى على الكتابة كلما امتد التشيج الى باقي عضلات اليد والساعد والعنق والغالب ان لا يكون هذا المرض مؤلماً واحياناً ما يصطبب بتوتر الفراع وعند ترك المرضى الكتابة يزول التشيج رأساً وتعود الحركة الى حالتها الطبيعية وقد شاهد المعلم ومبرغ حالة تشبه ذلك في رجل يهتار كان اذا قبض على المارقة للثق بيانه تحت عضلات يده حالاً فالتجبر على ترك صنعه واشتغل نقاشاً ثم ان تشيج له كتاب مرض مستعص عن الشفاء ومرض للغاية ومن النادر شفاؤه واذا حصل فحين فلا يستطيل غالباً وبعض المرضى تغير لاجل التعيش على تعلم الكتابة باليد

البصرى ولكن من سوء حفظهم كثيرا ما يصيبها أصاب الأولى

﴿المعالجة﴾

معالجة تشنج الكتاب قليلة الجدوى غالباً سيما بالنسبة للأشخاص الذين لا تسمح حالتهم بإقلال الكتابة أو تركها بالكلية ومع ذلك يتيسر للأطبيب تلطيف حالة تشنج هؤلاء الأشخاص باعتبار الحالة السببية وتقوية البنية ومنع استعمال الريش والأقلام الصلبة وتنظيم الأمساك بها وقت الكتابة أو باستعمال أجهزة بها يمكن للمريض الكتابة بدون حركات متوافقة منمنطة في الأصابع (كثبيت الريشة أو القلم بواسطة حلقة معدنية تحتلظ بالسبابة أو غرس الريشة في قطعة من خشب الفلين ونحو ذلك) وكذا بالاستراحة من الكتابة مدة أشهر أو تمرين اليد البصرى على الكتابة لكن قد لا يحصل لجميع هذه الوسائط الأعلى بعض تحسين أوراخ ومن النادر الحصول على شفا تام والكهربائية هنا هي الوساطة العظمى وبالنسبة لاستعمال التيار المستمر قد اختلفت آراء الأطباء المتغلبين بالمعالجة الكهربائية فالمعلم أرب يفصل تسليط تيار مستمر مساعد بوضع أحد القطبين على القسم العنقي من العمود الفقري والقطب الآخر على أعصاب الفراع المريض وعضلاته ففي كثير من الأحوال شوهدت منفعة هذه الطريقة بممارسة الكتابة وتحسينها بعد كل جلسة كهربائية وكذا بتناقص الإحساس بآلام اليد لكن من النادر أن يحصل على نجاح تام ويشترط للحصول عليه التمسك على هذه المعالجة مدة أشهر مع استعمال تيار غير قوى جداً

﴿المبحث الثامن عشر﴾

(في الانقباض العضلي التشنجي الدائى لعضلات الأطراف)

(كيفية الظهور والأسباب)

التشنجات التيتنوسية التي تصيب أحياناً عضلات الأطراف ولا تكون عرضاً لمرض في الدماغ ولا النخاع الشوكي تسمى أطباء فرانساً (بالتشنجات العضلية الذاتية) فهي حينئذ تمثّل الآلام العصبية لكنه يعبر علينا

في هذا المرض الاستدلال على التغيرات التشريحية للتنبيه المرضى
الحاصل في مسير الاعصاب المحركة كما يجر علينا وجود التغيرات
التشريحية للتنبيه المرضى الحاصل في الاعصاب الحساسة في احوال
الالام العصبية والسير الجيد غالباً لهذا المرض يقرب من العقل أن
التشخيص الذاتية لا طراف تنج عن تغيرات واهية وقتية عادية في
الاعصاب أو في اغاها حتى ان بعض المؤلفين اعتبر هذه الحالة المرضية
كشكل من الرومازم ونسبها للاحتقان مع أو دوماً في الاغداد العصبية
وهذا التوجيه سوغ القول به في كثير من الاحوال لاسيما التي تظهر عند
الاطفال السليمين من قبل ومع ذلك فالتشخيص الذاتية العصبية في
اثناء نقاهة بعض الاصابات المرضية الحادة والمزمنة التي تؤثر تأثيراً مزمناً
قوياً في التبادل العنصري وتفضية الجسم وتؤدي لاضطرابات وظيغية
عظيمة ممتدة كالتيغوس والجبان الاجابية وداء بركتو والتغيرى يقرب
العقل جداً ان التشخيص الذاتية تتعلق في مثل هذه الاحوال باضطرابات
حوارية عصبية غير معلومة تظهر في اثناء مسير الامراض السابق
ذكرها وينج عنها اضطرابات في الوظائف المختلفة وبوجه وجود
التشخيص العصبية الذاتية والتي تظهر في اثناء الحمل والنفس بكيفية مماثلة
التي سبق

ثم ان هذا المرض لاسيما الشكل الاول منه ينشأ عن تأثير البرد غالباً ويحصل
على الخصوص في اثناء الطفولية وقول والكس ان هذا المرض نادراً بحيث
لم يشاهده كثير من الاطباء مستغرب عندنا فانا شاهدنا عدة عطفية
من احواله واتذ كر قول كريكورغ من ان هذا المرض ليس من اشكال
الامراض الرومازمية النادرة عند الاطفال

الامراض والسير

قديميق هذا المرض مدة بعض أيام اضطراب بني عموي مسفر كالجبوط
والنعب وأما ابتداءه فيتضح باحساس مؤلم في الاطراف السفلى
والعليا معا وتارة في اليدين والساعدين وتارة في القدمين أو الساقين وهذا
الاحساس المؤلم يمتد على مسير الاعصاب ويتمع كذلك احساس

بتمل وحثاوة وتعذر في حركة فاصل الاطراف المصابة ثم بعد استقرار تلك الاعراض زمن متفاوتا تطرأ تشنجات سريعة وتقبض في ممانتي الساقين وتشنجات عضلية أخرى تسحب بسرعة الى انقباضات تيتنوسية مستمرة وبذلك تصير الاطراف العليا في حالة انقباض مستمر والسفلى في حالة انبساط مستمر أيضا فان كان هذا المرض غير معلوم وشوهد مثل هؤلاء الاطفال اول مرة ووجدت الاطراف يابسة غير متحركة والركبة ممددة والعقبان مرنطين الى أعلا والاهام مستدي في راحة اليدين امكن النظر بوجود آفة ثقيلة في الاعضاء العصبية المركزية وكل من بسط الاطراف العليا والسفلى يكون مؤلما للغاية عند الاطعال والعضلات المنقبضة تكون يابسة واضحة ويظهر حول المفاصل عادة انتفاخ أوديمياوي خفيف في الجلد وقد تمتد الانقباضات التيتنوسية في بعض الاحوال الى عضلات البطن والظهر بل والوجه والى العضلات المضغية ثم ان التشنجات العضلية الذاتية لا تصطبج بحمى وان اصطحبت بها فانها لاتصل لدرجة عظيمة عادة وطرق هذه الانقباضات عند بعض المرضى قد يكون مصحوبا باحساس بصبر وتوارد دموي نحو الرأس وسير هذا المرض يكون قصيرا في غالب الاحوال فانه بعد قليل من الايام تزول هذه التشنجات العضلية وتعود الحركة ثانيا لحالتها الطبيعية وفي أحوال أخرى قد تستطيل مدة هذا المرض كما أنه قد يحصل في بعض الاحوال نكسات وزعم بعض الاطباء كدلبش وهس ان هذا المرض يتقوم من عدة نوب تشنجية وان هذه النوب قد تستمر بعض دقائق أو ساعات أو أيام وأنه في أثناء الفترات بين النوب يوجد بعض جشاة وضعف في الاطراف تارة وتارة لا يوجد أو أنه يوجد ضعف في حساسية الجلد والعضلات في أثناء ذلك لكن الاحوال التي شاهدها لم تشاهد فيها نوب وفترات من هذا القبيل

في المعالجة

السير الجيد القالب لهذا المرض يمنعنا من استعمال معالجة قوية وقد أوصى كروكن بورغ باستعمال تبخير حب العرعر في هذه الوساطة الخفيفة تزول آلام الاطراف وانقباض عضلاتها بسرعة عظيمة عندما اذا استعملت

الدلائل المنبهة المضادة للتشنج الموصى بها في هذا المرض وعندما اذا استعملت
الوسائط المضادة للتشنج من الباطن كزهر الخارصين والوالريانا والافيون
وينعكس الامر فيما اذا حصلت التشنجات الذاتية في أثناء أحد الامراض
الثقيلة فان مثل هذه التشنجات لا تزول الا بعد انتظام التبادل العنصرى
وحصول تغذية طبيعية والمعالجة حينئذ تستنتج مما ذكر

(المبحث التاسع عشر)

(فى الشلل الدائرى)

الشلل فى الاعصاب الدماغية الشوكية يعنى به الحالة المرضية التى فيها
لا تنبته الاعصاب المحركة بقوة الارادة وحينئذ لا تنقبض العضلات
انقباضا اراديا وأما اضطراب الحركة الارادية الناتجة عن سبب آخر لا سيما
عن امراض المفاصل أو العظام فلا تعتبر من جملة الشلل - وأما الشلل
العضلى فستكلم عليه فيما بعد

ثم ان الشلل الناشئ عن فساد أو تغير فى المركز العصبى الارادى ويكون
متعلقا بعدم توصيل الفعل الارادى من هذا المركز الى الاعصاب الدائرية
قد سبق الكلام عليه عند الكلام على امراض الدماغ كما قد ذكر
هناك ايضا نوع الشلل الناشئ عن اضطرابات دورية أو غذائية فى الدماغ
ويكون متعلقا بفقد الفعل الحيوى للدماغ بحيث لا يتم الادراك ولا ارادة
الحركة كما انه فى المبحث السابق قد تكلمنا على نوع الشلل الناتج عن
تهتك فى الالياف العصبية للتخاع الشوكى التى بواسطتها ينتقل التنبيه من
المركز العصبى الارادى الى الاعصاب المحركة - ففى هذا المبحث حينئذ
لا تكلم الا على شكل الشلل الذى ينشأ ما عن انفصال الاعصاب الدائرية
من الدماغ أو من التخاع الشوكى أو عن تغير جوهري فيها مما بحيث تفقد
قابلية تنبيهها

(كيفية الظهور والاسباب)

أما انفصال الاعصاب المحركة من الاعضاء العصبية المركزية فلا يندران
ينجم عن اصابات جرحية ومن هذا القبيل قطع الاعصاب فى أثناء الاعمال
الجراحية أو غيرها من الاصابات الجرحية - وفى أحوال أخرى يتعلق

تفرق الاتصال بامتداد تقرح او غيره من التغيرات المفصلة الى الاعصاب
المجاورة وأعظم مثل لهذا الشكل فساد العصب الوجهي في أثناء سيره
من قناة قلوب بواسطة نسور عظم العضرة وكذلك يحصل تفرق الاتصال
المذكور بواسطة الضغط المسفر بورم واينور يزما أو ورم عظمي على
جزء من العصب بحيث يتلاشى وينفصل جزؤه الذي يترى من الاعضاء
المركزية العصبية - وقد يحدث الضغط القوي الوقتي على عصب تأثيرا
قويا يقان منه ان هذا العصب احترامه انقطاع في محل الضغط فقد شاهد
هاس رجلا حال الاستناد على كرسي في أثناء نوم مستطيل قد اعتراه
شلل في حركة الفراع تعاضى شفاؤه على جميع الوسائط العلاجية - وفي
أحوال نادرة قد يكون تفرق الاتصال العصبي ناتجا عن التهاب أولي جزئي
في العصب

وأما التغيرات الجوهرية التي بها تفقد الاعصاب الحركة قابلية تنبيهها بدون
تفرق اتصال فيها فليست معلومة كالتي ينتج عنها فقدان قابلية تنبيه الاعصاب
الحساسة بقطعها وصول الدم الشرياني الى الاعصاب المحركة مثلا تفقد
قابلية تنبيهها بدون وجود تغيرات مدركة فيها ومن الجائز كون الشلل
الروماتزمي ينتج عن احتقان وأوذما في النمد العصبي بهما تضغط الالياف
العصبية وكون الشلل الذي يعقب ثوب التشنجات الشديدة ينتج ولا بد عن
الافراط في قوة التنبيه وبعبارة أخرى ان انطفاء قابلية التنبيه تعقب
التنبيه الشديد بوجه به مولة بالتعبار الفسيولوجية لكن العصب الذي
يفقد قابلية تنبيهه عقب شدة التنبيه فيه لا يظهر لحواسنا مخالفات التركيب
حيث العصب السليم الحافظ لقابلية تنبيهه - وعين ذلك يقال بالنسبة
للشلل الناتج عن ضغط متوسط أو عن تأثير شديد فان هذا الشلل
ينسب بالنسبة لسيره للتناقص في قابلية التنبيه لا الى تمكث في العصب
وبالجملة فالتغيرات الجوهرية المحدثة لشلل الاعصاب في أحوال التسمم
الزحلي وتسمم الدم بواسطة الميازما وكذا في أحوال الشلل المعبر عنه بالذاني
غير معلومة

وأما الشلل الاستيري فهو وان لم تذكره عند الكلام على أمراض الدماغ

وأعراض التشنج الشوكي لا بعد ولا بد من أنواع الشلل الدائري بل يتعلق
باضطرابات تشرية غير مدركة في المركز العصبي الإرادي كما سنبين ذلك
عند الكلام على الاستيريا

في الاعراض والسير

الانفصال التام لعصب من الاعصاب المحركة من الاعضاء العصبية المركزية
ينجم عنه ولا بد فقد كل انقباض في العضلات المتوزع فيها فيؤدي للشلل
وعين هذه النتيجة فيحصل من التغيرات الجوهرية التي هي ان تنفث
قابلية التنبيه في الاعصاب وأما ان كانت قابلية التنبيه ضعيفة ولم تكن
منطقية بالكلية فمن الجائز حصول انقباضات غير قوية وهذه الحالة يعبر
عنها بالشلل الغير التام

وكل من الشلل التام وغير التام ذو البنبوع الدائري يتميز عن الشلل
المركزي بأمر منها نوع انتشار فان الشلل الدماغى والتشنج الشوكي يكون
غالباً اما على شكل الشلل النصفي الجانبي أعني الفالج أو الشلل النصفي
المستوى أى المصيب لكلتا الجهتين فان كان الشلل قاصراً على قسم من
العضلات المتوزع فيه عصب واحد كاد هذا المرض ان يكون واصفاً للشلل
الدائري فانه يندر ان تكرر اصابة الدماغ محدثة لفقد التأثير الإرادى على
عصب واحد أو ان اقطاع توصيل التأثير في انخاض الشوكي قاصر على
عصب واحد أيضاً كون تنبيه جميع الاعصاب يحصل على حالته الطبيعية
وان حصل هذا الامر النادر فلا يكون الا في ابتداء التيبس الجزئى ولا
يمكن قلب موضوع هذه المساعدة بمعنى انه كثير اماً يكون الشلل الدائري
ممتداً على جملة اعصاب دائرية ومع ذلك فلا يندر ان يحكم من نوع هذا
الامتداد على بنوع الشلل فان الاورام الدماغية أدت لشلل في كثير
من الاعصاب الدماغية المحركة فان هذا الشلل لا يحصل دفعة واحدة بل
يمتد شيئاً فشيئاً على حسب نمو الورم بحيث يصيب عصباً دماغياً بعد الآخر -
وعندنا مثل واضح ساعدته في الاكثرتك يتضح منه ان امتداد الشلل
مهم جداً في التمييز بين شلل نخاعى وشلل دائري ناتج عن تسوس في الفقرات
العنقية وكان الشلل في هذه الحالة تاماً في الاطراف العليا مع فقد تام في

حساستها وكان مع ذلك كل من حركة الاطراف السفلى وحساسيتها على حالته الطبيعية فمن فوج امتداد الشلل هذا حكم مع التأكد ان الجدوع العصبية للعضلة العصبية هي المتأثرة بمرض الفقران لا التضاع الشوكي نفسه والشلل الروماتزمي الذي لا يندران يصيب كثير امن الاعصاب لا يظهر بالنسبة لامتداد صفات مخصوصة وانما الامر المعلوم من أنه لا يكتسب شكل الفاعل ولا الشلل العام للجهتين هو الذي يرتكن اليه في التخصيص القبيزي - وأما الشلل الذي يحصل في أحوال التهم الزحلي فنوع امتداده واصف بالكلية بحيث لا يمكن من معرفة هذا الامتداد فقط القبيز بينه وبين شلل مركري بل كذلك تميز هذا الشكل من الشلل عن باقي اشكال الشلل الدائري بمعنى ان الشلل الزحلي يصيب على الدوام الاطراف العليا وانه يصيب إحدى العضلات الباسطة للاصابع بعد الاخرى ثم الباسطة لقبضة اليد ثم الذراع واما القوابض فانها تبقى مصونة عن ذلك بالكلية ومنها اذا فقدت في أثناء سير الشلل اضطرابات الدماغ الاخرى دل هذا مع التقريب على ان ينشوع الشلل دائري وهذه القاعدة لا يجوز كذلك طردها ولا عكسها فانه لا يندران يوجد مع الشلل ظواهر دماغية ثقيلة ومع ذلك فلم يزل الشلل دائري والاورام الدماغية السائدة في قاعدة الدماغ كثير اما تثبت هذا الامر - ومنها أنه اذا كان العصب المصاب مختلطاً دل تضاعف الشلل بالانستازيا (أى فقد الحساسية) في القسم المتوزع فيه الياف حساسة دلالة مهمة على ان ينشوع الشلل دائري - ومما يدل على ذلك أيضاً فقد الحركات الانعكاسية والاضافية في الجزء المتوزع فيه العصب المثلث فان تيسر لنا الحكم من وجود الحساسية الطبيعية بالالم عند وجود شلل ان قابلية التنفيذ في الالياف الحساسة محفوظة وان ارتباطها بالدماغ لم يعثره اقطاع ومع ذلك لا يمكننا تمييز الالياف الحساسة احداث ظواهر انعكاسية - لاشك حيثئذ ان توصيل التأثير العصبي في الالياف المحركة منقطع وان الشلل ينشوع دائري فمثلاً ان لم يمكن للمريض قفل العين بالارادة ولم يحصل ترمش مع ان حساسية المآهمة طبيعية عند لمس المقلة لمساً خفيفاً كما ان الشلل دائري كما عكس هذا الامر

يدل على ان ينبوع الشلل مركزي فان لم يكن المرئى بفعل الارادة
تسببه عصب معلوم ولا احداث اتقباض ارادى فى العضلات المنوزع فيها
هذا العصب يعنى أنه مثلا لا يمكنه خلق العبر اذا أمر بذلك وحصل بعكس
ذلك تسببه هذا العصب والعضلات المتوزع فيها متى تنهت
الالياف الحساسة بمعنى ان العين تنغلق متى مست الملقمة دل هذا حيث
على ان ينبوع الشلل مركزي ففى مثل هذه الاحوال تكون قابلية تنبيه
الاعصاب الحساسة والحركة محفوظة وكذا السبيل الذى يمرى التنبيه
منه من الالياف المركزية الى الالياف الدائرية يكون محفوظا أيضا وانما
المركز الارادى الدماغى أو السبل التى ينتقل بها فعل الارادة على الالياف
الحركة هو المتفسد وبالجمله فانه ان الانطفاء السريع اقل قابلية الاتقباض
الكهربائية بمعنى فقد الاتقباضات العضلية عند تأثير التيار الكهربائى
المتقطع على العصب المصاب علامة مهمة دالة على ينبوع الدائرى
للشلل فان الجهاز الكهربائى المتقطع المفرط فى استعماله الطبي بدون
حد ولا احتراس ينبغى الاقلال من استعماله فى الطب العملى والاكثر من
الانتفاع به فى التشخيص فانه فى الاحوال الحديثة من الشلل التى كثيرا
ما تشاهد فى الطب العملى عند الاهالى وفيها التأكد من التشخيص بأن كان
ينبوع الشلل دائريا أو مركزيا يكون البحث به مهما للغاية بالنسبة للحكم على
حقيقة التشخيص غالبا فإنه فى أحوال عديدة من الشلل الدائرى تنقص
قابلية الاتقباضات العضلية الكهربائية بعد ظهور الشلل بأيام قليلة تنقصا
عظما ثم تنطفى بالكلية وينعكس ذلك فيما اذا كان الشلل مركزيا دائما فإنه
فى هذه الحالة الأخيرة تسفر قابلية الاتقباضات العضلية الكهربائية أشهر
عديدة بدون ان تنقص وتضعف حتى ان المرضى المصابين بالفالج تتأثر
تأثيرا عظيما مفرحا متى استعمل التيار الكهربائى وأحدث عندهم اتقباضات
عضلية فى العضلات التى لم تنقبض بتأثيرا لارادة من منلزم من طويل ولذا
لا تخشى ضياع الزمن ولا الدراهم فى المعالجة بهذه الكيفية لزيادة الامنية
فهما كما كانت قليلة الجودة والاستحالة السريعة للاعصاب الدائرية عقب

انفصالها من الاعضاء المركزة الثابتة بالابحاث التشريحية بوجه
بها سرعة الانطفاء لقابلية الانقباضات العضلية الكهربية في أحوال
الشلل الدائري ولذا لا يستغرب الانطفاء السريع لهذه القابلية في أحوال
الشلل الروماتيزمي والزرعي فإنه مهما كانت التغيرات التي تعترى المصاب
المصاب واهية لا بد وانها تكفي في احداث تغير في العصب بحيث ان كلا
من الارادة وتهدج التيار الكهر بائي المتقطع لا يمكنه احداث تنبيه في
العصب المتغير وكذلك في أحوال الشلل الدماغي تظهر اخيرا الاستحالة
المرضية للاعصاب الدائرية وضمور العضلات غير الفعالة ووقوعها في
الاستحالة النخسية وبهذا يتضح أنه في الاحوال العتيقة لا يمكن الارتفاع
بفقد قابلية الانقباضات العضلية الكهربية في تشخيص نوع الشلل
والتمييز بين الدائري منه والمركزي وأما في أحوال الشلل النخاعي الشوكي
فان قابلية الانقباضات العضلية الكهربية تبقى بحفظه زمنيا طويلا متارة
ومتارة تنطفئ بسرعة ولذا كانت غير مهمة في التشخيص التمييزي وانظر ان
هذا الاختلاف يمكن توجيهه بابحاث (المعلم يدر) على تركيب النضج
الشوكي فإنه يوجد في هذا العضو الليفاني عصبية دائرية (أي متجهة
من المركز نحو الدائرة) وهي لا تنتهي بدون واسطة في اعصاب
دائرية بل تسهل ابتداءه الى أخلية عقدية عصبية منها تنشأ اعصاب
دائرية حينئذ مابق القياس الصحيح يظهر قريبا من العقل أنه عند فساد
الالياف العصبية الاولى أي الخارجة من النضج وتجهته الى العقد يحصل
في قابلية الانقباضات العضلية الكهربية ما يحصل في أحوال الشلل
الدماغي وعند فساد الالياف العصبية الثانية (أي الخارجة من العقد
ومتجهة الى الدائرة) يحصل فيها ما يحصل في أحوال الشلل الدائري -
ومن المستغرب أنه في بعض أحوال الشلل الدائري يمكن احداث انقباض في
العضلات بواسطة التيار الكهربي المفرد دون ما يحصل بواسطة التيار
الكهربي المتقطع وأكثر من ذلك غرابة أنه في مثل هذه الاحوال
يحدث التيار الضعيف في العضلات المثقلة انقباضا عضليا مع أنه لضعفه لا
يحدث انقباضا في العضلات السليمة وليس عندنا توجيه شاف لهذه الظاهرة
التي شاهدتها واثبتتها من تين في الاكلينك المتعلق بتأني أحوال الشلل

الوجهى الروماتزمى والذى يستبان من ذلك طبقا لما قررناه سابقا ان
تهييج عصب بواسطة التبرار المستمر مخالف بالسلبية لتهييجيه بواسطة
التبرار المتقطع

ثم ان انفصال الاعصاب المحركة من الاعضاء المركزية وانطفاء قابلية تهييجها
يؤدى ان لعين الاضطرابات الدورية والغذائية التى شرحناها فى احوال
الانستازيا الدائرية وهذه الاضطرابات تشتد جدا فى الاحوال التى فيها
يكون فقد الاحساس مرتبطا بالشلل وتناقص درجة الحرارة فى الاجزاء
المشله يتعلق ولا يبطئه الدورة فانه كلما كان وصول الدم الحديث الى الاجزاء
الدائرية الفاقدة لحرارة مستقرة كانت برودة تم أقل سهولة فى الحصول وكما كان
ورود الدم الشريانى الحار اليها بطيئا تعادلت درجة حرارتها بدرجة الحرارة الاوساط
المحيطة بها ويظهر ان بطء الدورة يتعلق بتضيق فى الشرايين وأقل ما
هناك ان النبض فى الاجزاء المشله يكون غالبا أكثر صغرا عن ما فى الاجزاء الغير
المشله وانقباض جدر الشرايين فى الاجزاء المشله لم يمكن توجيهه الى الآن
وان اصبحت هذه الاجزاء المشله بالالتهاب يشاهد فيها ارتفاع فى الحرارة
بدلا عن انخفاضها - ومن المنكوك فيه ان كانت الانستازيا الغير
التامة متعلقة ببطء الدورة والاضطرابات الغذائية التى تنضج فى الاجزاء
المشله ولو كان الشلل قاصرا على الاعصاب المحركة فى ابتداء الامر أو ان
الحالة الضعفية تنتقل من الاعصاب المحركة الى الاعصاب الحساسة
بواسطة العقد العصبية

ثم ان سير الشلل الدائرى يظهر فيه اختلاف عظيم على حسب الاسباب
التي أحدثته فان كان العصب منفصلا بواسطة جرح قطعى يمكن ان يزول
الشلل زوالا تاما عقب النحام تفرق الاتصال غالبا وأما ان كان العصب
متهتكاً فى امتداد عظيم فلا بد وان يبقى الشلل مستمرا طول الحياة والشلل
الروماتزمى يكون فى الغالب ذا سير جيد فانه ينتهى فى كثير من الاحوال
بالشفاء ومن ذلك يقال بالنسبة لشلل الجرحى الغير التام الناتج عن انطفاء
قابلية التنبيه عقب نوب التشنج أو عن مؤثرات خفيفة وكذا الشلل
الدائرى الذى يعقب شفا التيفوس أحيانا تكون عاقبته جيدة أيضا بخلاف

الشلل الزحلي فانه يستعصى جدا وكثيرا ما يكون غير قابل للشفا

(المعالجة)

الدلالة العلاجية السببية في الشلل الدائري لا يمكن انماها غالبا بل وان
امكن فلا تؤدي لنجاح عظيم الا في قليل من الاحوال فاستشصال ورم مثلا
اوى بضغطة على العصب لشلل يكاد لا ينتج عنه غالباً رجوع الحركة
الطبيعية ويستثنى من ذلك الشلل الروماتزمي ما لم تكن مدته طويلة جدا فان
المعالجة اللائقة للمرض الاصل كثيرا ما تعقب بالنجاح في هذه الحالة لكن
لا يؤمل الحصول على ذلك بواسطة الجواهر الدوائية المضادة لروماتزم غير
الاكيدة التأثير كالأحلاح وخشب الانبيا وناقى الذئب بل من الاستعمال
المنتظم للممات الفاترة من المياه الطبيعية فاننا نشاهد عددا عظيما من
المرضى المصابة بشلل قابل للشفا أو غير قابل له يهرع كل سنة الى حمامات
تيلدس وويسبادن وويلدباد وفيغر أو نحو ذلك (وقد شاهدنا مياه حلوان
الساخنة منفعلة مشابهة لذلك) فان شهرة الينابيع المذكورة في الشلل
آتية ولا بد من نجاحها العظيم في الشلل الروماتزمي وما عهد ذلك بوصى في مثل
هذه الاحوال لاجل مساعدة المعالجة بتلك المياه المعدنية باستعمال
السلكات المنبهة على الجلد على مسير العصب المصاب لكن لا ينبغي الا بصاء
باستعمال غسولات من صبغات عطرية كما هو العادة التي تنبه الانف

بدا عن الجلد بل تستعمل المحمرات والمنهطات

وأما دلالات معالجة المرض نفسه فاعظم شيء بوصى به هو استعمال التيار
الكهر بائي المستمر وقد ذكرنا فيما تقدم ان النجاح الذي يحصل عليه بواسطة
التيار الكهر بائي المستمر ينتج غالبا عن تأثيره المنوع فانه يمكننا بواسطة
المعالجة الجوانية احداث تنويع عظيم في الدورة والتبادل العنصرى
للأعضاء المؤثر عليهم ولو كانت غائرة تحت الجلد أو التيار المنقطع فليس له
هذا التأثير فاننا قد شاهدنا أحوالا عديدة من الشلل الدائري عولجت
زمن طويلا بالتيار المتقطع بدون نجاح وشفيت بواسطة التيار المستمر
وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للشلل الروماتزمي والجرحى الناشئ عن
التمهم الزحلي

وأما دلالات المعالجة العرضية فتستدعى أولا تجنب حصول انطفاء تام في

قابلية تنبيه العصب المشل شللا غير تام وثانياً تجنب حصول الضمور
والاستئصال الأعصمية في العضلات المشللة أو إيقافهما في ابتداء حصولهما
فإن كلامنا الانطفاء التام لقابلية التنبيه المتناقصة وضمور العضلات
المشللة واستحالتها متعلقة بالراحة المستمرة في العضلات المشللة
وقد تدبرها بل إن هذه الأسباب كثيرة إما تكون هي السبب الوحيد في كون
الشلل ولو حصل فيه تحسين لا يزول بالكلية ولا جل تجنب هذا العارض
ينبغي استعمال التكهرب المحدود فهو واسطة ناجحة في ذلك ومن القواعد
المهمة في اجرائه هو أنه لا ينبغي استطالة الجلوسات الكهربية بزيادة عن الحد
وأنه لا ينبغي استعمال تيار كهربائي قوي جداً بحيث نعلم أن قابلية تنبيه كل
عصب تتناقص أو تزول بالكلية عقب الراحة المستمرة أو التنبيه الشديد فلا
حاجة لاستطالة الكلام على ذلك كما أنه من الواضح البين أنه في أحوال
الشلل الجرحى والروماتزمي والتسممي لا يبتدأ باستعمال تأثير التيار
الكهربائي إلا بعد إزالة تفرق الاتصال وابتداء رجوع قابلية التنبيه في
العصب المريض وبعبارة أخرى لا يستعمل التيار المؤثر إلا متى شوهدت
انقباضات عضلية عقب تأثيره وبما يقنى أن كل طبيب يكون عنده المام
بالتكهرب بالموضعي بحيث أن استعمال ذلك لا يترك لغيرهم والمعلم ممن
قد أوضح هذه المسئلة في رسالة له وصبرها سهلة للغاية بحيث أن القصار
ولو على الأصحاء طبقا لهذه الرسالة يمكن بها الحصول على درجة من المعرفة
الأكيدة كافية في ذلك

وتأثير الاستركتين في الشلل الدائري يقرب من تأثير التيار الكهربائي
المتقطع في هذا المرض إلا أنه باستعمال هذا الجوهر لا تحصل المساعدة في
التئام الأعصاب المنفصلة ولا إزالة التغيرات الجوهرية الناتجة عنها الشلل بل
يظهر أن هذا الجوهر يخريضه للفعل المعكس في التضاع الشوكي وازداد
تنبيه الحركات الانعكاسية التي به تتأثر الأعصاب المحركة فتحصل المساعدة
العظيمة في رجوع قابلية تنبيه هذه الأعصاب الأخيرة ما لم تكن قد انطفت
بالكلية بل متناقصة فقط وإن أريد الحصول على فائدة حقيقية فمن
لا ستركتين ينبغي استعماله بمقدار عظيم مع الاستمرار على ذلك إلى أن يتعص

تأثيره في الفعل المنعكس للتضاع الشوكي أى الى ان تظهر انقباضات عضلية خفيفة والذي يفضل في الاستعمال هو اما خلاصة الجوز المقني الاكولية من ثلث قعقة وهكذا بالتدريج الى ٢ (أعني من ٢ سنجرام الى واحد سنجرام) أو أوزونات الاستر كنين من $\frac{1}{13}$ الى $\frac{1}{4}$ (أعني من ٠.٠٥ ميليجرام الى ٠.١٥ ميليجرام) واما غير ذلك من الجواهر الدوائية كالارنيكا وخلاصة السماق السمي فليس له أدنى تأثير على سير الشلل الدائري

﴿المبحث العشرون﴾

(في الشلل الوجهي المعروف بشلل مصنة الوجه وشلل بيل)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

لا تتعرض هنا لشلل الوجه الناجي عن فقد فعل الارادة الذي يكاد يكون على الدوام مصاحبا للالجم ومكونا للعرض من اعراض السكتة الدماغية أو غيرها من أمراض الدماغ بل لشلل الوجه الناتج عن فقد قابلية تنبيه العصب الوجهي فنقول

قابلية تنسيبه العصب الوجهي وارتباطه بالدماغ يمكن ان يحصل فيها اضطراب بمؤثرات مرضية مختلفة وهذه تؤثر اما على أصل العصب قبل نفوذه من فوهة القناة السمعية الباطنة واما على امتداده الساتر في العظم المصغري واما على انتهائه الدائرية في الوجه - والغالب أن ينضغط أو ينقصد العصب الوجهي داخل الجمجمة اما بواسطة الاورام الدماغية التي تتكون في قاعدة هذا التجويف أو بواسطة نضج التهابي وهو نادر أو بعض ثخن في الام الجسافية أو الاورام العظمية

وأما في باطن قناة قلوب - فالغالب أن يكون تمك هذا العصب بواسطة تسوس المصرة - وأما الانتهاء الدائرية للعصب الوجهي فقد تنقطع بواسطة أعمال الجراحية اما عمدا أو صدفة مثال ذلك العربي المشهور الذي أتى متشكرا للعلم بيل من أجل نجاح استئصال ورم عنده في الاذن الا أنه تشكى بأنه من منذ فعل العملية لم يكن عنده قدرة على الصغير خيله وكذا الضغط المستمر الذي يعتري فقرات العصب

الوجهى بواسطة ضمضة المقد البتغاوية أو غيرها من الاورام ركذا
الرض والارتجاج اللذان يترهما بواسطة الصفع بالكف على الوجه يمكن
ان ينتج عنه شلل وجهى ولا بد أن يشاهد هذا الشلل كذلك
فى المولودين جديدا متى حصل فى فروع هذا العصب مرض فى أثناء الولادة
بواسطة جفت الولادة لكن أكثر الاسباب المتبعة لهذا المرض هو تأثير
البرد فجأة على الوجه حالة حرارته فكثير من المرضى من يعتبر به الشلل
الوجهى بكونه يخرج رأسه من نحو شبك عقب القيام من الفراش فى
الصباح وهو فى حالة العرق ونسب المعلم هلا كثرة حصول الشلل الوجهى
فى زمن هذا السك الحدي وذلك أن الشخص من خوف فوات الوقت يسرع
فى السير نحوها فىأتى إليها وجهه فى حالة الحرارة والعرق ثم يصعد الى احد
عرباتها ويتعرض لتيار هوائى بارد قوى يأتى من شباكها المتفتح فينتج
عن ذلك الشلل الوجهى

ثم ان الشلل الوجهى مرض كثير الحصول حتى أن الطبيب فرنك
شاهد فى ظرف ١٥ سنة ٢٢ حالة منه والتقويم السنوية بالنسبة
لكثرة حصول الشلل الوجهى فى الاطوار المختلفة من الحياة واختلاف
النوع والصنابع لم يتصل منها على فائدة وان ثبت أن هذا المرض يكثر
حصوله فى الجهة اليسرى من الوجه دون اليمنى فلا بد وان السبب فى ذلك
ليس من ازدياد استعداد العصب الوجهى اليسارى بل من كثرة تعرض
الجهة اليسرى من الوجه للصفع بالكف أو غيره من المؤثرات المضرّة

الاعراض والسير

اعراض الشلل الوجهى عبارة عن فقد حركة عضلات الوجه المتوزعة فيها
الالياف العصبية المصابة واسترخائها فشلل العصب الجبهى والرافع
للجفن العلوى ينتج عنه تعذر فى حركة تثني الجبهة وقال رومبرغ ان جبهة
الكهل فى هذا المرض تصير ملسا كجبهة الطفل وكذلك تجاثر النساء فهذا المرض
محسن لصورتهن وشلل العصب المحيط للجفنى ينتج عنه تعذر فى حركة غلق
الاجفنان فان امرت المرضى بفعل هذه الحركة اجرت حركة رفع الجفن
السفلى حيث لم قدرة على ذلك مع توجيه المقلة نحو الاعلى بحيث تبتغى

بذلك القرنية والدموع لا تنطرد نحو القنوات الدمعية بل تسيل على
الوجنات والمقلة الغير المنغلقة غلقاً تاماً تكون معرضة للتؤثرات الظاهرية
الضارة بحيث تسهل اصابتها باضطرابات غذائية التهابية وكل من العضلة
الرافعة للشفة العليا وجناحي الانف وزاوية الفم والعضلتين الزوجيتين
لا يكون له قدرة على رفع الشفة العليا وتوسيع مفاقي الانف وزاوية الفم
وجلبها الى الاعلى وان حصل هذا الشلل في العضلة الشدقية شوهد
انتفاخ صفحة الخد في اثناء الزفير كالشرع المسترخى ولا يفتح في اجراء بعض
الحركات الضرورية لها استعمال بعض عضلات الوجه كمنطق الحروف
الشفوية والعفيرة والنفخ والبصق وأما المضغ حيث كان غير متعلق بالعصب
الوجهي فيتم على حالته الطبيعية الا ان البلعة الغذائية كثيراً ما تنصل بين
الشدق والاسنان من الجهة المريضة بحيث يصعب المريض على تبعيدها
بالاصبع وان كان الشلل الوجهي قاصراً على احدى الجهات حصل في اثناء
حركة المضغ تشوه واضح في الوجه وذلك اما لكون العضلات لا تنقبض
الا في الجهة السليمة مع بقاء عضلات الجهة الاخرى مسترخية اولاً وكون
العضلات المنقبضة في الجهة السليمة تجذب الوجه جذباً مفرطاً فالدماغ مقاوماً
باعتباره عضلات الجهة المريضة بل وفي اثناء الراحة يوجد الوجه متهذباً
الى احدى الجهات وغير منتظم فان زاوية الفم من الجهة المريضة تكون
اكثر انخفاضاً ومفاقي الانف أكثر ضيقاً وتزول جميع الانخفاضات الوجه
وثنياته وكل من اربعة الانف والفم يكون متهذباً نحو الجهة السليمة وكان
تغير السحنة المذكورة يحصل من غلبة عضلات الوجه للجهة السليمة على
العضلات المضادة لها في الجهة المشلولة فكذلك يحصل الجحوظ العيني في
الجهة المريضة بغلبة الرافعة الجفنية العليا الغير المنشلة على العضل المنشل
المضاد له وهو المحيط الجفني وان كان شلل الوجه متردو جازالت هيئة مضغ
الوجه بالسكية فالمرضى يضضك ويبيكي بدون أدنى انكماش في الوجه وما
شاهدنا حالة من هذا القبيل الا تصورنا أن هيئة المريض الذي يبقى وجهه
بدون حركة في اثناء الضحك مفزعة للغاية كأنه يشابه صورة عديمة الحركة
وهناك اعراض اخرى غير واضحة التوجيه كالسابق ذكرها وايست من

علامة لهذا المرض على الدوام وهي اضطراب الذوق وانجذاب الغلصمة نحو الجهة السليمة وتحول اللسان ومن المشكوك فيه ان كان ضعف الذوق متعلقا بتناقص في افراز الاعصاب وجفاف في الفم أو كانت الاحيلة العصبية الطبيعية التي لها اختلاط بأعصاب حلمات اللسان محدثة لتغير في حساسية الذوق ام لا واما تحول الغلصمة نحو الجهة السليمة فيوجه بالكية ثمة الآتية وهوان الالياف العصبية المحركة الآتية مع العصب المخري السطحي العظيم ووامسلة الى العقدة الوترية الحنكية الخارج منها الفروع العصبية الحنكية النازلة لا تحدث انقباضا وقصرا في عضلات الغلصمة الا في الجهة غير المشاة غير ان هذا التوجيه ليس غالبا من الاعتراض والشك وأما تحول اللسان فتقول فيه ما ذكرناه في السكتة الدماغية التي فيها توجد هذه الظاهرة بكثرة زيادة عما توجد في أحوال الشلل الدائري وقد ذكرنا في البحث السابق ان الحركات الانعكاسية في الشلل الوجهي الدائري التام غير ممكنة الحصول كما وان الانقباض الكهربي لعضلات الوجه ينطفي بسرعة والحساسية في جهة الوجه المنشلة تكون محفوظة في الاحوال الحديثة الواضحة لهذا المرض لكن عند استمرار الشلل زمنا طويلا يحصل فيها تناقص وضعف غالبا ويظهر ان ذلك ينجم عن حصول اضطرابات غذائية في الاعصاب المنشلة وهذه الاخيرة عبارة عن ارتخاء وضمور في جهة الوجه المنشلة وزال الطبقة الشحمية منها وابتعاد لون جلدها

ثم ان العلامات التي يستبان منها ان كان سبب الشلل الوجهي داخل تجويف الجمجمة أو في العظم المخري أو في الوجه هي الآتية طبقا لما قاله رومبرج فيستدل على كون الشلل أتياسا من اصابة في قاعدة الدماغ باشتراك أعصاب دماغية أخرى خلاف العصب المنشل ويستبان ذلك من الحول ومن فقد الاحساس ومن المهم ونحو ذلك كما ان ذلك يستبان من وجود شلل في الوجه من جهة ومن جهة أخرى من وجود شلل الاطراف واما كون الشلل ناشئا عن اصابة أو تهتك في العصب الوجهي عند مروره من قناة فالوب فيستبان ذلك من السيلان الاذني المستطيل

ومن ثقل السمع أو العمى التام ومن انحراف الغلصمة ومن جفاف الفم
ومن اضطراب الذوق الذي لا يبرح هذا الا في هذا الشكل من شلل العصب
الوجهي بسبب اشتراك العصب الصغير السطحي العظيم والاجلبة
العصبية الطولية في الشلل وأما حصول الشلل في الفريعات العصبية
المتوزعة في الوجه فيسببان بكون المرض حصل من تأثير البرد بكيفية
واضحة أو من تأثير جسم ضاغط على الوجه أو من وجود ورم ضاغط على
العصب الوجهي خاصة في قسم الثقب الأبرى الحلي مع بقاء اعصاب
الدماغ سليمة في وظائفها ومع كون سمع الاذن المصابة سليما والذوق طبيعيا
والغلصمة مستقيمة

ثم ان سير شلل الوجه يختلف بالكلية على حسب المجلس ونوع السبب
المؤثر فان كان الشلل الوجهي ناشئا عن أورام في قاعدة الدماغ أو عن
تهتك في العظم الصغير بواسطة التدوس كان هذا الشلل غير قابل للشفاء
وكذا في الاحوال التي يكون فيها الورم في الوجه قد أحدث ضغطه المستمر
على الفريعات العصبية الدائرة اضطرابا أو تفرقا اتصال العصب
وأما شلل الوجه الناتج عن اصابة جرحية خفيفة أو الناتج عن تأثير البرد
فعاقبته جيدة وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للشلل الوجهي الحلقى
الناتج عن ضغط جفت الولادة بل والقاعدة العامة ان هذا المرض يزول
في أثناء اسابيع أو أشهر ان كان جرحيا أو ورماتيزميا لكن لا بد لهذه
القاعدة من استثناء

في المعالجة

طبقا لما ذكرناه بالنسبة للحكم على عاقبة الشلل الوجهي لا يمكن التكلم
الا على معالجة الشكل الجرحي والروماتيزمي من هذا المرض وهذان
الشكلان وان كانا يزولان من نفسيهما بدون معالجة الا أنه يوصى في الاحوال
الحديثة من الشلل الجرحي باستعمال معالجة موضعية مضادة للالتهاب
فيؤمر بارسالة بعض العلق والوضعات الباردة والدلك بالمرهم السحبابي
الزيتي فيما اذا كان شلل الوجه الجانبي قد نشأ عند البالغين عن صدمة
أضربة على الوجه وأما شكل هذا الشلل الحلقى عند المولودين جديدا فينبغي

نر كهدون معالجة وان كان هذا المرض قد نشأ عن تأثير البرد وجب تغطية
 جهة الوجه المريضة في الاحوال الحديثة برفايد مغطاة بالماء البارد بعد
 عصرها ثم تغلف بالشمع أو بالخرق المشبعة ويكرر ذلك بعد عدة ساعات
 أو يغلف الوجه بالقطن المجهز مع استعمال الحمامات البخارية (أو بكيس
 ممتلئ بزهر البابونج بهد متضمنه جافا وحشوه به المعرف والكيس العطري)
 وفيما بعد تستعمل وسائل مهيجة قوية أخرى كالدلك بروح الخردل أو وضع
 الضمادات الخردلية أو الدلك بزيت حب الملوكة أو تستعمل الحرايق
 وعندنا شهادات عديدة فيها حصل شفاء هذا المرض الروماتيزمي باستعمال
 التيار الكهربائي المستمر بل ونحن قد شاهدنا حالتين حصل فيهما التجمد
 التام بواسطة المعالجة الجلوانية وفي كلتا الحالتين كان لم يحصل أدنى نجاح
 بواسطة استعمال التيار المتقطع وان عادت قوة الانقباض العضلية
 الكهربية عقب استعمال التكهريب الجلواني المحدود فلا مانع من أحداث
 سرعة في الشفاء بواسطة الاستعمال المنتظم للتيار المتقطع

(المبحث الواحد والعشرون)

(في شلل العضلة المسننة)

(كيفية الظهور والاسباب)

شلل العضلة العظيمة المسننة يكون في الاحوال النادرة ظاهرة من ملاحظة ظواهر
 الشلل العضلي المتدالي كثير من العضلات كالتين شاهدتم بانفسى والغالب
 أن يكون الشلل قاصر ا على العضلة المسننة العظيمة ومن هذه الملاحظة
 مع ما هو معلوم من ان العصب الطويل الصدري يتفرع زيادة عن العضلة
 المسننة العظيمة المتقدمة في عضلات صغيرة أخرى يستدل على ان اغلب
 انواع شلل العضلة العظيمة المسننة ليس يتبوعه مركز يادماغيا بل موضعيا
 وقد ذكرنا ان من العلامات المهمة للشلل الدائري كون الشلل فيه لا يمتد بعيدا
 عن العضلات المنتشرة فيها العصب المشل وان العضلات المجاورة الواسل لها
 فر وعصبية من عصب آخر تبقى مصانة عن الشلل وينضم لذلك الامر
 المعلوم ان الشلل الدائري وغيره من الامراض العصبية الدائرية يحصل
 بكثرة في الاعصاب التي تمر من مسافات أو قنوات ضيقة كدور العصب

الصدرى الطويل من العضلة الاخمية المتوسطة وهذا السبب المهم جدا بالنسبة لكيفية حصول شلل العضلة العظيمة المستنة والنسبة للتحقق من كون هذا الشلل في معظم الاحوال دايرا بعضليا لم يمتن به الى الآن حق الاعتناء

ثم ان الاسباب المحدثة لشلل العضلة العظيمة المستنة مجهولة غالباً ومن الواضح ان العصب الصدرى الطويل كثير اماً تعثر به اصابات مضرّة عند مروره من الاخمية المتوسطة وهذه الاصابات تقتضى علينا غالباً ان يكون هذا المرض في بعض الاحيان ناشئاً عن مجهودات قوية تفعل بالاطراف العليا أو عن تأثير البرد وقد شاهدني شللاً حالاً كان فيها شلل العضلة العظيمة المستنة مسبوقاً بسقوط على الكتف وتكون بعد هذا السقوط في العنق ورم حتى ان الطبيب المندوب كان قد اراد فتحه بالسلاح وفي حالة مهمة شاهدتها كانت عند رجل تقاش وكان هذا الرجل وقت شغل رفع لوحاً ثقيلاً على كتفه الايمن والماحصل عنده شلل العضلة المستنة أخذ في رفع اللوح على كتفه الايسر فحصل له كذلك شلل في العضلة المستنة العظيمة اليسرى

* (الاعراض والسير) *

شلل العضلة المستنة سهل العرقه فان فقد وظيفة هذه العضلة وغالبية العضلات المضادة في الفعل لها ينجم عنهما تغيرات واضطرابات مخصوصة في الحركة واضحة فان فعل العضلة المستنة عبارة عن جذب عظم اللوح الى جدر الصدر وحفظه في هذا الوضع وجذب زاوية السقلى الى اسفل والوحشية فهذه العضلة يتضح فعلها خصوصاً عند رفع الزراع رفعا مستعرضا فانه يجذبه لزاوية الكتف نحو الاسفل بوجه الحفرة العنابية نحو الاعلى فان كانت العضلة المستنة منشاة فحينئذ لا تكون الحافة الانسية للكتف خصوصاً زاوية السقلى منجذبتين الى جدر الصدر بل بارزتين الى الخارج على هيئة جناح رافعتين لثنية مثلثة من الجلد بحيث يمكن دفع الاصابع بين عظم اللوح وجدر الصدر دفعا غيرا والعضلتان المضادتان لهذه العضلة وهي المثلثة الظهرية ورافعة الكتف تجذبان الزاوية العليا من هذا العظم الى اعلا وثقل الزراع والصدرية الصغيرة يجذبان زاوية الوحشية الى اسفل

والامام فالمرضى حيثئذ لا يكون له قدرة على رفع ذراعيه في الخط المستعرض
ولذا تكون حركته مضطربة بحيث ان رأى الطبيب مرة مريضاً مصاباً بشلل
في العضلة المسننة وقت خلعها للباس أو لبسها ثم فحص هذا المرض عند
رؤية حالة جديدة وان ضغط على زاوية نحو الصدر وإلى الوحشية أمكن
المرضى حيثئذ رفع الذراع أعلام من الكتف بدون صعوبة
ثم ان شلل العضلة المسننة مرض مستعص عن المعالجة فاني لم اشاهد شفاء
تاماً في حالة من الاحوال التي ساهدتها انما كثيرا ما شاهدت التحسين فيه
حتى امكن المرضى السعي على أشغالهم بسهولة
(المعالجة)

المعالجة التي أوصي بها بكثرة في شكل الاحوال الحديثة من شلل العضلة
المسننة هي الاستفراغات الدموية الموضعية والمحولات والمصرفات على
الجلد حذاء نفوذ العصب الصدري الطويل في العضلة الانجمية المتوسطة
لكن ان استطالت مدة المرض من طويلا فلا يأمل النجاح طبقا للتجارب
المعروفة من استعمال التيار الكهربائي المتقطع ويكر أن يوصى بكثرة
استعمال التيار المستمر وأنأسف من كوني لم يمكن استعمال هذه الوسيلة
الاخيرة الا في حالة واحد وفيها كان استعماله زماً قليلا جدا لكن النجاح
المتحصل عليه في احوال الشلل الوجهي الدائري الذي نقتبره مشابها بالكابة
لشلل العضلة المسننة بواسطة التيار المستمر يحرضنا على الاستعمال هذه
الوسيلة الاخيرة في هذا المرض

﴿المبحث الثاني والعشرون﴾

(في الشلل التدريجي لاعصاب الدماغ)

(المعروف بالشلل التدريجي لسان والهاء والشفتين)

﴿وبالشلل اللساني الحنجري﴾

وبتذكر في العصر المستخدم من اطباء القرنين ذكر عدة من المشاهدات فيما
ابتداء الشلل بالشفتين ومنهما بالتدريج امتداد الى اللسان ثم الهاء ثم الحنجرة
واحيانا الى عضلات المزمار وإلى عضلات المقلّة وهو نادر ولم تشاهد في مثل هذه
الاحوال اضطرابات في الاعصاب الحسية ولا في اعصاب الحواس الشريفة

ثم ان كيفية حصول هذا المرض الغريب مجهولة علينا والتغير التشريحي
الوحيد الثابت الذي يوجد في الجثة هو الازرق في الاعصاب المنشلة
مع مكابتها للاستحالة الطبيعية لاسمها في العصب تحت اللسان وقد شوهد
في بعض الاحوال ايضا تيبس منتشر في النخاع المستطيل وطبقا لنظريات
فسكهوت المعلم غير المتبوتة الى الآن يكون هذا المرض الذي سماه بالشلل
البصري التدريجي عبارة عن اصابة مرضية مركزية في النخاع المستطيل
مجلسه الاجسام الزيتونية والجوهر السنجابي المكون لقاعدة الحفرة المربعة
المعينية المتكونة من تساعد الاحبله الجانبية والخلفية من النخاع المستطيل
وكائنه خلف هذا العضو واما ظهور الاعصاب في هذا المرض فتاخر تبعا
لرأيه اعني ناتجا عن التغير المرضي الذي احدث في الخلايا العصبية الكائنة في
المخلات السابق ذكرها وفي بعض الاحوال قد يسبق شلل الاعصاب الدماغية
اعراض الضمور العضلي التدريجي بحيث ان أغلب المؤلفين الغربيين
يعتبرون هذين المرضين نوعين فرعيين من بعضهما ولو أنه في احوال الشلل
التدريجي لاعصاب الدماغ لا يشاهد تناقص في حجم العضلات المنشلة

ثم انه في ابتداء هذا المرض تكون مكابتات المريض واهية فالمرضى لا يكون
لهم قدرة على تدبيب الفم ولذا لا يمكنهم انشفخ ولا الصفير ولا البصاق واللعب
الامتراكم في الفم يسيل منه بدون ارادة وهيئة الوجه تصير في حالة يله
مستغرب وذلك لان عضلات الشفتين لا تشارك في حركات السحنة ونطق
الحروف الشفوية يتعسر ثم يتعذر مع الزمن وان امتد هذا المرض الى
اللسان فلا يتعذر تقطع النطق فقط بل كذلك يتعسر كل من المضغ والازرداد
وفيما بعد متى ازداد شلل اللسان وفقدت حركته بالكلية في الفم
لا يمكن اجراء الازرداد بالكلية وشلل الالهة يتضح منه التسكلم الانفي
وكذلك تنفق القر الباعسة القذائية والسائل الواصل الى البلعوم
من الانف أو الفم مادامت عضلات البلعوم حافظة لقوة انقباضها
وأما ان انشلت هذه الاخرة ايضا فالمرضى ترجع ما يعطى لهم من
المطعومات والامثروبات بواسطة حركات شبيهة عنيفة وحينئذ
ياتجأ ولا بد ان تغذيتهم بالجس المروى وكل من حركة الاختناق

الحاصلة عند الازدراد وزجوع المشروبات بواسطة حركات شهيقية معالية
عنيقة يوقظ الظن بوجود استطراق بين الحجرة والبوم أو بينها وبين المري
ثم ان سير هذا المرض بطيء للغاية والموت يطرأ غالباً بالمعقب اضطراب
التغذية بسبب صعوبة تعاطي الأطعمة وأظهر التهابات شعبية أو رئوية
عندهم عقب تردد دخول السوائل في المسالك الهوائية ويكاد لا يوجد
عندنا مشاهدات أكيدة تثبت حصول التحسين الواضح أو الشفائي في هذا
المرض وانما ذكر ينبغي ذلك انه تحصل على تحسين عظيم بل وشفاء بواسطة
تأثير التيار الكهربائي المستمر في العظم السمباتوى والتتوالجلى وانه
في الاحوال المتقدمة امكنه ازالة العرض الخطر وهو شلل الازدراد بهذه
الواسطة ولاجل انالة هذه العناية كان الطبيب المذكور يضع القطب
النحاس على العمود الفقرى ويمس بالقطب الحار ميني دفاحة آدم والاجزاء
المجاورة لها بحيث كان يحدث بواسطة التيار الجسواني في كل جلسة قدر
٢٠ او ٣٠ حركة ازدرادية وهل هذه حقيقة النتيجة الشفائية البهيبة
صحيحة حقيقة او هناك اختلاط بين عصر الازدراد الاستيرى والمرض
الذى نحن بصددده فانه يتيسر بمعالجة عقلية صرف شفاء حرمة استيرية
في زمن قليل وكانت هذه الحرمة تتغذى من منذ زمن طويل بواسطة الجس
المروى وكانت قد جلت مدة طويلة انبوبة معدنية في القصبة الهوائية
لتنفس

المبحث الثالث والعشرون

« في الشلل الذاتي للاطفال الذى سماه المله لم هينا بشلل الاطفال »

لا يتيسر لنا الحكم مع التأكد بان كان الشلل الذاتي للاطفال بعد
من امراض الدماغ أو النخاع الشوكى أو الاعصاب الدائرية أو بان كان
ينبوعه نارة دماغية أو شوكية ونارة دايبريا كما قاله فوكت وذلك لعدم وجود
صفات تشريحية مؤيدة لذلك وحيث نرى ان تسمية هذا الشلل بالذاتى صائبة
للعناية واو كان التهاب النخاع الشوكى أو الانسكاب الدموى فيه هو السبب
الاساسى لهذا المرض وظهوره فان التغير المرضى في الزم الذى يسمى فيه
الشلل بالذاتى عادة يكون قد انتمى والذى يستحق الاعتبار - يمتد والمعالجة

ليس المرض الاصل بل الشلل الناتج عنه فان الشلل الذاتي يكون ولا بد في الغالب أثر التغير مرض سابق حاد وجسم المؤلفين اذ تقوا على ان هذا الشلل يحصل في ظرف قليل من الساعات ويكون تاما وانه لا يمتد فيه ابعد من الطرف المصاب الى محل آخر

واسباب هذا المرض وكيفيه ظهوره مجهولة علينا وغير واضحة وهذا المرض يكاد لا يحصل الا فيما بين الطفولية مدة التسنين أو بعده بقليل اعني من الشهر السابع الى انتهاء السنة الثالثة ويصيب الاناث والذكور من الاطفال على حد سواء ولا يقتصر في الاصابة على الاطفال الخنازير بين المنهوكي البنية بل يصيب كذلك الاصحاء منهم ويعد من اسباب المتمة لهذا المرض الامراض الطمعية الحادة والبرد لاسيما جلوس الاطفال على نحو الرخام وهذا السبب الاخير لا يمكن القول به فان عددا عظيما من الاطفال يجلسون في كل يوم على الحجارة الباردة ومع ذلك فالشلل الذاتي ليس من الامراض الكثيرة الحصول عندهم

الاعراض والسير

هذا المرض يتبدئ في كثير من الاحوال باضطراب حسي عام واعراض الاحتقان الدماغى أو التهاب المعانى وكما انه في كلا هذين المرضين توجد الحصى والاضطرابات العقلية ونوب التشنجات وقد الادراك وصبر الاسنان ونحو ذلك من الاعراض ولا يمكن الحكم الامن السير والتمييز بين هذين المرضين أعني بان كان هناك احتقان دماغى أو التهاب معائى فكذلك لا يمكن الحكم من الصورة المرضية المتصف بها ابتداء الشلل

الذاتى بالتمييز بان هناك احتقان دماغى شديد وانه بعد زوال التشنجات ورجوع الادراك بقي شلل تام في أحد الاطراف أو في جملة منها فتارة يكون المثل أحد القدمين او الذراعين وتارة الطرفان السفلان لكنه لا يحصل هذا الشلل في طرفي جهة من الجهات معا مطلقا اعني الفالج وهذا امر يثبت ان هذا المرض لا يكون متعلقا بالسكتة الدماغية ولا بالتهاب دماغى وكذا لا تشترك المشاة ولا المستقيم في الشلل مطلقا وكان هناك احوالا مسبقة في ابتداءها باضطرابات دماغية ثقيلة واضحة فكذلك هناك احوال

فيم اتصاب الاطفال بالشلل بدون اضطراب عام حتى وبدون نوب تشنجية او كوما سابقة بل فيها تصاب الاطفال فجأة بشلل في احد الذراعين او الاثنين معا والجزء المصاب يصير مسترخيا فاذا الحركات الارادية

واما السير المتأخر لهذا المرض فيختلف ففي بعض الاحوال يزول الشلل بعد قليل من الايام وينتهي المرض بالشفاء التام والمعلم هينا الذي شاع عدة احوال من هذا المرض يشك في ان احوال الشلل المعبر عنها بشلل الاطفال الوقتي ليس لها سبب آخر بخلاف احوال الشلل المستمرة عند الاطفال المعبر عنها بالشلل الذاتي

وقد شاهدنا معلم وشين ان الاقباض العضلي الكهربي في الاحوال الحديثة من الشلل الوقتي يكون محفوظا بخلاف ما في الاحوال الحديثة من شكل هذا لشلل المستمر فان الاقباض العضلي الكهربي لا يكون محفوظا الا في بعض عضلات اطراف المشلول دون الأخرى ويمكن ان يعبر عن هذه الملاحظة بالكيفية الاتية وهو ان الحكم على العاقبة في الشلل الذاتي يكون جيدا ورجح شفاؤه متى كانت العضلات المنشله حافظة لقابلية انقباضها وغير مبدية وغير قابل للشفاء ويعقب الشلل بالضمور والاستحالة المرضية في العضلات متى كانت قابلية انقباضها منطفئة

ومتى تقدم هذا المرض وانتقل للدور الثاني منه فقدت الاطراف الرخوة المرنة القابلة للحركة في كل وضع امتلائها به منها تدريجا فتقع في الضمور الذي يمتد الى الجلد والطبقة النحوية والعضلات بل والعظام فكل من حجم الطرف بل وطوله يصير ضئلا جدا في الجهة المريضة عن الجهة السليمة ويضع ذلك انصاعا عظيما بعد مضي سنة ومع قلة التغذية وعدم كفايتها في الطرف المنشل يتضح صفر البض والمخطاط درج الحرارة فيه فيصير الطرف ذاهية مزرقة وكثيرا مات محصل فيه الغنغرينة الوضعية والتبيسات وانقرح وينضم للضمور في الاماكن المنشله عند تقدم هذا المرض تشوه واعاقات عضلية فالعضلة الدالية الضامرة مثلا لا يمكنها حفظ رأس العضد في حفرة الكتف وتثبتته فيها فينسلخ الذراع الى اسفل وتسد الحفظة المفصالية بثقله وحينئذ يوجد اسفل التواء آخر في حفرة واسفل منها والى الوحشية يوجد

راس العضد وهذا الجزء يمكن رده الى محله بسهولة لكنه بتركه يسقط بثقله
ثانياً ويترك حفرة المفصل وان كانت الاطراف السفلى مصابة حصل في الزمن
الذي فيه نجتمد الاطفال والحركة بالزحف صر في العضلات التي تكون
حافضة لثوة انقباضها ولا تنجم مقاومة من العضلات المضادة لها في الفعل
وبهذه الكيفية تنشأ أنواع تشوه القدم المعبر عنه برجل الفرس وكذا الرجل
المننية على الجهة الوحشية وتحصل انقباضات مستمرة في مفصل الفخذ مع
الحوض والتشوه المصوب باثناء الركبة

وفي الاحوال المتقدمة من هذا المرض تكون قابلية الانقباض الكهرائية
في العضلات المثقلة منه قليلة بالكلية ومن ذلك لا يمكن الحكم على ينوع
الشلل فان هذا يوجد في جميع اشكاله بل وفي الشكل الدمغي منه مادام
الشلل مستمر ازمنا طويلا بحيث يعثرى كلام الاعصاب والعضلات
اسمالة مرضية

والسالة العامة عند الاشخاص المصابة بالشلل الذاتي لا تتغير فكثير من مثل
هؤلاء المرضى من يعمر واغلبهم ان كان من الطوائف الدينية يوجد في
الطرق اطلب الصدقة. ظهري تشو هاتم جلب الشفة عليهم

في المعالجة

لا يؤمل انجح من الاستفرافات الدموية الموضعية على جانبي العمود الفقري
ووضع المصرفات على العمود الفقري الا في الاحوال الحديثة من الشلل
الذاتي وان في الاحوال المتقدمة العميقة فلا يتصور بهذه الطريقة احداث
تحلل في متحصلات التغير المرضي الذي تم سيره في نخاع الشوكي من
منذ زمن طويل كما لا يتعشم في شفاء جزء الساع الذي تكونت فيه ندبة سكتية
من منسز. طسويل وشفاء الفالج بذلك وفي الا-وال التي يكون فيها
الانقباض العضلي الكهر بائي منطقتا الاعصاب والعضلات مكابدة
لاستحالة مرضية يـكون شفاء لنخاع الشوكي ورجوعه الى حالة سلامة
بالفرض لو امكن الحصول على ذلك لا طائل فحتمه ولا فائدة فيه

وكما لا يمكننا في معالجة الشلل الذاتي اتمام ما نتمناه عيه المعالجة السببية
ومعالجة المرض نفسه فالمعالجة العرضية لهذا المرض لها نجاح عظيم أحيانا

فإدام بعض العضلات حافظاً لقوة انقباضه وجب ولا بد بالاستمرار على استعمال التيار الكهربي المتقطع القوي اذ بهذه الوسطة يمكن مع التأكيد حفظ قابلية التنبيه الموجودة وازديادها شيئاً فشيئاً ومنع تقدمات الضمور والاستحالة المرضية في العضلات كما وانه في الاحوال الميؤس منها امكن الحصول على نجاح عظيم بواسطة قطع الاوتار من تحت الجلد وغيره من الوسائل الميكانيكية المحسنة لوضع الاطراف كما دلت على ذلك تجارب هيننا
 ﴿تذيل لامراض النخاع الشوكي والاعصاب﴾

﴿المبحث الاول﴾

﴿في الضمور العضلي التدريجي﴾

﴿المعروف بالالتهاب المزمن للاجيلة المتقدمة من النخاع الشوكي﴾

﴿المعلم تركو﴾

﴿تنبيه﴾

هذا المرض قد شرحه نيباير في الطبعة الثامنة من كتابه في فصل امراض اعضاء الحركة ولكن حيث دلت التجارب والابحاث المستجدة على انه مرض عصبي فقد الحفناه بمشرح الامراض العصبية بل ان هذا المرض شرحه اخيراً المعلم سبتن في الطبعة الاخيرة من كتاب نيباير في امراض النخاع الشوكي

﴿كيفية الظهور والاسباب والصفات التشريحية﴾

قد شاهد المرض الذي نحن بصدد كل من الشهير كروفيليه واران وبعض اطباء الانكليزيين والالمانيين ولكن الاخرون هم الذين اعتبروه مرضاً خاصاً بنفسه مختلفاً عن باقي انواع الشلل العضلي ومع ذلك فلم تتفق آراؤهم بالنسبة لمجلس الضمور العضلي التدريجي فبعضهم ذهب الى ان هذا الضمور نتيجة مرض عصبي اولى مجلسه اما في الجذوع العصبية المقدمة للنخاع الشوكي (كما قاله كروفيليه) او في العظمى العباتوى (كما قاله شنيقوكت) او هو الغالب في النخاع الشوكي نفسه وبعض المؤلفين يزعم مع (اران وفريديبرج) ان منشأ هذا المرض في العضلات المريضة نفسها ويعتبر التغيران الموجودان في المجموع العصبي نتيجة امتدادهما من

الاعصاب السكاثة بين الالياف العضلية ممتدة من الدائرة الى المركز والذي
 عضده هذه الظريات الاخيرة هو على الخصوص العلم (فيردرش) في
 رسالته على الضور العضلي التدرجي وعلى حسب رأيه يعتبر منشأ هذا
 المرض الالتهاب المزمن في اغماذ الالياف العضلية نفسها الذي يؤدي
 الضخامة وتوخلاتي في المنسوج الخلوي بين الالياف العضلية وبهذا النمو
 للمنسوج الخلوي تتلاشي الالياف العضلية اما عقب ضور بسيط فيها
 او مكابتها لاسهالة الشهية أو الشهية لكن في العصر المتجدد من منذ
 ما مكنتنا معرفة التغيرات ولوالدية في النخاع الشوكي بواسطة طرق البحث
 الجيدة عن هذا العضو وقد وجد كثير من المؤلفين ان التغير المرضي الخاص
 بهذا المرض مجلسه القرون المقدمة السجاية من النخاع الشوكي وهذا التغير
 عبارة عن ضور في الخلايا العصبية لهذه الاجزاء وازدياد المادة البغمنتية
 فيها اي الماونة السوداء وتلاشيها بالكثافة وحيث يظهر ان عامود الخلايا
 العصبية المقدمة من النخاع الشوكي هو مجلس تغذية العضلات سيما
 عضلات الجذع والاطراف فلا بد وان التغير المرضي لهذه الاجزاء يعقبه ضور
 عضلي يكون بالنسبة لمجلسه ودرجة امتداده ما يبقاها ثل التغير القرون
 المقدمة وهذه الاصابة المرضية للقرون المقدمة السجاية قد تكون اولية
 وقائمة بنفسها او حينئذ تنضج المصرة المرضية النقية للرض الذي نحن
 بصددده لكن من المعقول ان امراض النخاع الشوكي الاخرى كـ تيس
 الاجبة الخلفية منه او الجانبية أو التيس الجزئي المتعدد من النخاع
 أو الالتهاب المركزي لهذا العضو بل والالتهاب السحائي النخاعي الشوكي
 قد يؤدي لاصابة القرون المقدمة ونساجها والضرور العضلي التدريجي تبعا
 لذلك والجذع العصبية المقدمة التي تخرج منها الالياف العصبية العضلية
 تشترك في الضور مع المركز النخاعي الشوكي الغذائي اما كثير أو قليلا
 بل والاعصاب الدائرية التي فقدت مركزها غذائي قد يستريحها أثر الضور
 الواضح والعضلات المريضة يحصل فيها ضور كثير الوضوح أو قليله وتكون
 جرابها هتة أو مصفرة وفي الاحوال غير المتقدمة من هذا المرض يوجد في
 العضلة الواحدة بالمكروم كوبر خفة عضلية طبيعية وأخرى معتريها

الاستحالة النضمية وألياف عضلية ضامرة ظهورا بسيطا وقد وجد في
 بعض الاحوال بدلا عن الاستحالة النضمية في الالياف العضلية الاصلية
 استحالة نضمية في المنسوج الخلوي بين الياف العضلية ولذا ميز لهذا
 المرض على حسب رأى (ويرجوف) شكل جوهرى وشكل خلائى ومع ذلك
 فقد يوجد كل واحد من هذين الشكلين مع الآخر ومن القرب الشكل الخلائى
 الاخير شكل الضمور العضلى التدريجى الذى شوهد في العصر المستجد وسمى
 بالضمور العضلى الكاذب وبالتشمع العضلى وهذا الشكل الاخير يشاهد على
 الخصوص في سن الطفولة والشبوية سيما عند الذكور وهو ينشأ عن تقوى
 المنسوج الخلوي بين الالياف العضلية مع تراكم احمية نضمية عديدة فيه
 واما الالياف العضلية نفسها فيحصل فيها ضمور كثير الوضوح اوفيليه ومع
 ذلك فقد يوجد تبعا للتجارب (كوتيم) وغيره بين الالياف العضلية الضامرة
 ألياف عضلية في حالة ضخامة عظيمة ومثل هذه العضلات تسكتب ولومع
 ضمور جوهرها الخاص بجماعتيها جدا بسبب تقوى المنسوج النضمي فيها
 وحينئذ تظهر في حالة ضخامة عظيمة ولو كانت واقعة في الضمور وهذا
 الضمور الكاذب يحصل على الخصوص في عضلات الاطراف السفلى لاسيما
 في سمانة السابقين ثم في عضلات الاليتين والباسطة للعمود الفقري والصدر
 وبعد اتضاح هذا المرض تسكتب صورته المرضية هيئة مخصوصة وذلك ان
 اطراف مثل هؤلاء الاطفال المكتسبة لحجم عظيم جدا تتخالف بالكلية ضعفها
 الشللى وضمور باقى العضلات وقد اختلفت الآراء ايضا بالنسبة لطبيعة
 الضمور العضلى الكاذب كما اختلفت بالنسبة للضمور العضلى التدريجى
 وقد ذهب (فريدريش) الى ان ينبوع هذين المرضين في العضلات بل ذكر
 انهما مماثلان لبعضهما في الحقيقة قد يشاهد كل من هذين التغيرين مع
 الاخر في اقسام عضلية مختلفة وأما غيره من المؤلفين فينسب التشمع العضلى
 الى الضمور الكاذب لفقد تأثير الاعصاب المغذية وفي الحقيقة قد شوهد
 في بعض الاحوال تغيرات في النخاع الشوكى (كافاله سركو وغيره) لكنها
 لم توجد في احوال اخرى بحيث ان بعض المؤلفين المستجدين يذهبون للقول
 بأن كلاما من الضمور العضلى الكاذب والضمور العضلى التدريجى يظهر على

شكل مزدوج غير انه قديماً يكون مرضاً منشأه عصبى تارة وتارة عضلى ثم ان الضمور العضلى التدريجى لا يشهد كما للضمور العضلى الكاذب فى سن الطفولية والشبوية الا نادراً وأغلب مشاهد هذا المرض بين سن الثلاثين والخمسين ويندر مشاهدته فى السن المتقدم جداً ويكثر حصوله عند الرجال بحيث ان اصابته للنساء تكون بقدر ثمانية عشر على المائة طبقاً لثلاثة وايم (فريدرائش) وقد اتضح لى كثير من الاحوال ان التأثير الوراثى له دخل فى حصول هذا المرض بل قد ثبت ذلك أحياناً فى جلة أجيال متعاقبة وفى هذه الاحوال الاخيرة كانت الذكور هى الأكثر إصابة وأما الاسباب الاعتيادية للضمور العضلى التدريجى فهى عبارة عن المجهودات العضلية الشاقة فى بعض اقسام العضلات ولذا اتنا كثيراً ما نشاهد ظهور هذا المرض عند الشغالين ويتبدئ عندهم تارة بعضلات الاطراف العليا وتارة بعضلات الاطراف السفلى بحسب كثرة تعرضها للشاق ومن الاسباب النادرة لهذا المرض بعد بعض المألفين خلافاً لما ذكر تأثير العبد والافراط من الشهوات النفسية وسبق بعض الامراض الحادة كالتميفوس والامراض الطفحجية الحادة والدفتيريا والمهيسة والروماتيزم المفصلى الحاد والنفاس و يظهر ان بعض المؤثرات الجسمية قد تحدث هذا المرض أحياناً فذكر (روزنتال) ان السقوط من سعال عال قد يحدثه عقب ارتجاج النخاع الشوكى وحصول التغيرات المرضية فيه

الاعراض والسير

هذا المرض يتبدئ فى اغلب بعضلات اليدين والساعدين المعرضة بالاكثر لما شاق العضلية الشديدة وقد يتبدئ أحياناً ببعضلات الكتفين ويندر ان يتبدئ بعضلات الاطراف السفلى والقطن والجلدع وفى أحوال اخرى يظهر ان هذا المرض يتبدئ باصفار عمدة وكل من اليدين والذراعين والاطراف السفلى المصابة بتعب سرعة عند الاشتغال ويعتريه ارتعاش واحساس يحمأة وتنمل وكثيراً ما تحصل آلام جاذبة فى العضلات أو آلام عصبية دورية فى بعض الاعصاب وهذه الآلام كثيراً ما لا يعتنى بها فلا تشخص على حقيقتها بل تعتبر روماتيزمية ومن المهم فى تشخيص هذا

المرض التقلصات الحزمية العضلية التي تحصل تارة من ذاتها وتارة عند الحركة أو المهيجات الظاهرية وهي عبارة عن انقباضات في بعض الحزم العضلية (وليس في العضلة بأكملها) تنعاقب بسرعة ولذا أنها لا تحدث حركات لكن هذه التقلصات الحزمية لا تحصل في جميع الاحوال وقد تحصل في غير هذا المرض بل قد تشاهد عند الاصحاء (وتسمى بالاختلاجات) والعلامة التمييزية المهمة هي الحفاة التدريجية الواضحة في قسم العضلات المصابة خصوصا يتضخم هذا العضور ابتداء في سمانة الابهام والمخصر ويتضخم مع ذلك حصول ميازيب عميقة في المسافات بين عظام الرسغ بسبب ضمور العضلات بين الاصابع ثم يمتد هذا الضمور من اليد الى عضلات الذراعين مع بعض تقطع بكيفية بحيث لا بعض العضلات الغائرة تبقى سائمة وتصاب عضلات العضد والكتف ومن الجائز أن يبتدئ التغير المرضي بعضلات الكتف ويمتد نحو الدائرة وفي العادة يصيب هذا المرض أنسجة عضلية مماثلة بعضها في الجهتين لكن ليس على الدوام ومع ذلك فدرجة الضمور المزدوج والتساده لا يكونا مشاهيين لبعضهما بالكلية ويتقدم الضمور تناقص قوة وظائف العضلات المصابة شيئا فشيئا ومع ذلك فلم تزل قابلة الانقباض محقونة ولو بعضا الى آخر أوار هذا المرض مادام بعض الالياف العضلية القابلة للانقباض موجودا وبذلك يتميز الضمور العضلي التدريجي عن الشلل الحقيقي الذي فيه يحصل فقد تام كثيرا أو قليلا في قوة الانقباض العضلي وأما حجم العضلات فلا يتناقص فيه بدرجة مطابقة لاضطراب وظائفها الضمور الواضح لبعض العضلات مع بقاء الاخرى سليمة ولو كانت مجاورة. لاولي به يتيسر ولا بد معرفة هذا المرض وليس من السادر أن يعثر بعض العضلات انقباض مستمر فيبقى الجزء المصاب حينئذ في وضع مخصوص ومن العلامات الواصفة لهذا المرض شكل انسد الشبيه بجذع اليب الحيوانات المقترسة (كما قال دوشين) الذي فيه تكون السلاميات الاولى من الاصابع منبسطة والاخيرتان منقبضتين وقد وجه ذلك دوشين بالكيفية الآتية وهي ان العضلات بين عظام الرسغ الظاهرة والباطنة التي يربطها المتحدثنى

السلاميات الاول وتبسط السلامة الثانية والثالثة تكون ضامرة وبذلك
تجذب عضلات الساعد المضادة لها وهي الباسطة والقابضة للسلاميات
تغلب في فعلها وقابلية الانقباض العضلي الكهربي تكون ابتداء على
حالتها الطبيعية (بل متزايدة مابقا لبعض المشاهدات) لكنهما فيما بعد
تتناقص أو تنطفئ بالكلية بحسب درجة زوال الالياف العضلية القابلة
للاقباض وتلاشي عيارها قابلية الانقباض العضلي الذي يعقب التنبيه
الكهربي الواسطي أي الآتي من العصب فانها تبقى محفوظة مدة من
الزمن زياد عن قابلية الانقباض اللاواسطية أي التي تعقب تأثير التيار
الكهربي على العضلة نفسها وكذا الانقباض العضلي الارادي يبقى أثره
زمنطاو يلاوأما الاحساس فانه يوجد بقطع النظر عن الآلام والثورات
الحسية السابق ذكرها التي قد تسبق تغير العضلات ارتقاء وضح في قابلية
التنبيه المدهكس لاسيما الكهربي وقد يشاهد أحيانا في آخر أدوارها إذا
المرض ثوران حسي جزئي ومع ذلك فالاضطرابات الحسية لا تكون عظيمة
غالبًا وقد يشاهد في بعض الاحوال تضائق في الحساسة لاسيما في الجهة
الاكثر اصابة من الجسم أو تناقص في قوة انقباضها عقب شلل الالياف
العضلية المنتشرة للقرحجية وذلك بسبب امتداد الاصابة المرضية الى المركز
العصبي القزحي من نخاع الشوك العنقي كما وانه قد شوهد في بعض
الاحوال تفرطح خفيف في اقرنية وليس من النادر حصول اضطرابات
غذائية أخرى بخلاف الضرور العضلي لاسيما ضرور الجذوة وظهر وطفح
هر بسي على مسير الاعصاب المصابة أو انتفاخات مفصلية واسيات عظيمة
في السلاميات أو عظام الرقبة وهي ثمائر التغيرات المفصلية التي
شرحها شر كوفي بمبحث السل النخاعي كما وانه قد شوهد في بعض الاحوال
بعض اضطرابات في الافراز كالعرق الغزير وبعض تغير في البول ولا سيما
تناقص ما يسمى بالكريتينين وهو متحصل التبادل العنصري العضلي
وقد تكون الحرارة أحيانا متزايدة في الاطراف المصابة يلا لكنهما فيما بعد
تخطيجهما لدرجة كبر وقد يشاهد حركة جيمية في ادور الاول والاخير
من هذا المرض

ثم ان سبر الضمور العضلي التدريجي بطيء للغاية فقد يمتد جهات سنين وفي بعض الاحوال الجسدة لا تنفخ العفة التدريجية لهذا المرض فالتغير المرضي يبقى قاصرا على بعض اصفار احدا الاطراف لاسيما احدا المفاصل كفصل اليد والمرفق والركبتين بحيث يعضى عليه جملة سنين بدون ظهور تقدم فيه حتى ان المريض المصاب لا يكون عنده سوى اضطراب وظائف العضلات المصابة وأما الاحوال التي فيها يتقدم الضمور العضلي التدريجي بسرعة بحيث يمتد في زمن قليل الى عضلات الاطراف والجذع بل والعنق والرأس فانذارها خبيث فان المرضى في مثل هذه الاحوال الثقيلة مع تمتعها بالشهية وحيدة الحواس وسلامة العقل تفقد وظيفة اعضائها واحدا بعد الآخر فلا يمكنها فيما بعد المتى ولا تفسير وضعها والاطراف العليا تكون معاقة بجوار الجذع بدون حركة بحيث يحتاج الحال لتطعيمها يدا اجنبية والموت بطرأ حينئذ بطرق متعددة اما بواسطة اصابات مرضية في أعضاء التنفسي وهذه يشتد خطرها بضمور عضلات الصدر والحنجرة والبطن أو ان الموت يحصل بواسطة شلل العضلات البلعومية اللسانية الشفوية أو انه يحصل من تقدم الغفرينة الوضعية

وبالنسبة للتخسيس التمييزي ينبغي ولا بد تمييز الضمور العضلي التدريجي عن تيبس الاحيلة الجانبية من النخاع الشوكي الذي شرحه المعلم شركو في العصر الجسدي كمرض قائم بنفسه فان تيبس الاحيلة الجانبية الذي بطرأ كمرض اولي يتضح ولا بد استداده في الجزء العنقي من النخاع الشوكي ومع ذلك فالتغير المرضي قد يمتد الى اعلا النخاع الاجسام الهرمية وقنطرة الدماغ والى اسفل نحو النخاع الشوكي الظهري والقطني وحيث ان تيبس الاحيلة الجانبية من النخاع قد يمتد الى القرون المقعدة من الجوهر السنجابي لهذا العضو فتعثر بها عين التغيرات التي تصكبادها في الضمور العضلي التدريجي فأعراض هذا المرض الاخيرة لا بد وان تتحد بأعراض تيبس الاحيلة الجانبية وفي آن واحد تظهر اعراض اخرى لا توجد في الضمور العضلي التدريجي فانه في احوال تيبس الاحيلة الجانبية يحصل ابتداء (تيبسا) (شركو) شلل حقيقي والضمور العضلي لا يكون في حد ذاته ابتداء قويا واضحا

بحيث يوجه به على انفراده ضعف الحركة واضطرابها واما في احوال الضمور العضلي التدريجي فكل من ضعف الحركة وضمور العضلات يكون نتيجة واحدة كما وانه في احوال تيبس الاحيلة الجانبية يحصل ضمور عام عند باستواء على جميع الطرف عكسا لما يحصل في الضمور العضلي التدريجي فان في الضمور العضلي يكون في العادة قاصرا على بعض عضلات الاطراف وفي تيبس الاحيلة الجانبية يكون الضمور في الغالب قاصرا على الطرف العلوي واما الشلل فيكون غالبا واضعا في الطرف السفلي وكذا في احوال تيبس الاحيلة الجانبية من النخاع تحصل انقباضات مستمرة في الاطراف المفصلة الضامرة وهذا لا يحصل مطلقا (تبع الراي شركو) في احوال الضمور العضلي التدريجي وتيبس الاحيلة الجانبية من النخاع الشوكي يمتد غالبا الى النخاع المستطيل فيحصل الشلل في الاعصاب الناشئة من هذا العضو بخلاف ما يحصل في الضمور العضلي التدريجي البسيط فانه لم يشاهد ذلك (تبع العالوم دوشين) الا في ثلاث عشرة طائفة من المائة وتسعة وخمسين التي شاهدها وبالجملة في تيبس الاحيلة الجانبية من النخاع الشوكي سريع والموت يطرأ عادة في ظرف ثلاث سنين بخلاف الضمور العضلي التدريجي فانه يمتد من عشرة قنين الى عشرين

وكذا يسهل تمييز الضمور العضلي التدريجي عن الشلل الزحلي الذي كثيرا ما يصيب احدى اليدين فان هذا الاخير من المعلوم انه يبقى قاصرا على العضلات الباسطة لليد والاصابع فظهر العضلات الباسطة وتكون اليد والاصابع ساقطة مسترخية فلا تظهر الا اصابع كالي الضمور العضلي التدريجي الوضع الخاص الشبيه بمخالب الحيوانات المفترسة بحيث ان انبساط اليد والاصابع لا يكون تاما ولا يحصل بالكفاية وزيادة على ذلك في الامور المساعدة على معرفة الشلل الزحلي وتشخيصه وجود علامات اخرى من التهم الزحلي كالمالة المحيطة بالحافة الثنوية من الاسنان ذات اللون السنجابي المكونة من ريب كبريتات الرصاص وسبق في المقص الزحلي والالام المفصالية الزحلية لكن علينا ان لا ننسى ان الاشخاص المصابين بانهم الزحلي قد حصل عندهم الضمور العضلي التدريجي الحقيقي

المعالجة

لم يكن عندنا وسائط علاجية في هذا المرض سوى الكهر بائية مع تباعد جميع الأسباب التي يترتب عليها فعل بمجهودات عضائية في العضلات المصابة اذ بذلك قد تيسر انما قلناه في بعض الاحوال التي يود فيها بذلك المعالجة ولم تكن سريرة السير جد اليس فقط وقوف هذا المرض بل تحيينه تحسينا واهضا متفاوت الدرجة ولو كان ذلك وقتيا غالبا وكان يفضل سابقا (تبعا لرأى دوشين) استعمال التيار الكهر بائي المتقطع على العضلات المريضة واما الآن فالفضل هو استعمال التيار الكهر بائي المستمر على شكل تيار جساواني ساقط من الصامود الفكري أو الجذوع العصبية نحو اعصاب العضلات المريضة أو يستعمل على التعاقب التيار المتقطع على العضلات والمستمع على الاعصاب ومع ذلك فهذا يحتاج لتعبير ومداومة طويلين جدا من المريض والطبيب معا حتى يحصل على فائدة لكن كثيرا ما لا تثمر المعالجة الكهر بائية

(المبحث الثاني)

في الشلل الذاتي الاطفال

(المعروف ايضا بالشلل النخاعي عند الاطفال)

هذا المرض الذي نحن بصدده ومهاهين بما ذكر يحصل عادة بين السنة الاولى والثالثة من الحياة وهذا امر مهم بالنسبة لتمييزه عن غيره من انواع الشلل وهذا المرض يصيب في العادة اطفالا اصحاء البنية وقد يصيب اطفالا نحفاءها كثيرا التهمج وقد ذكر (روزتال) ان امهات مثل هؤلاء الاطفال كثيرا ما يوجد عندهن اضطرابات عصبية أو ان كثيرا من اخواتها يكون قد هلك بالتشنجات والاستقاقات السماعية وفي العادة لا يوجد السبب المتمم لهذا المرض وانما في بعض الاحوال يظهر انه نتج عن تأثير البرد أو بعض الامراض الطفعية ذات السير الغير المنتظم ولقد تحقق لنا في العصر المستجد بواسطة مشاهدات الاطباء الفرنسيين (مثل ماركو) وغيره ان مجلس هذا المرض هو الجزء المتقدم من النخاع الشوكي أي القرون المقدمة من الجوهر السنجابي والاحبلة المقلمة والجزء المتقدم

من الاحيلة الجانبية والجذوع العصبية المقدمة ومن ذلك ينضج القرب العظيم بين الشلل النخاعي العفلى والاضور العضلى التدريجى وانما فى المرض الاول تحصل التغيرات دفعة واحدة بسبب هذه التغير المرضى واما فى المرض الثانى فانها تحصل بكمية من مئة تدريجية

وهذا المرض يندى بدور حاد تكون مدته قصيرة عادة فانه بعد سبق نوعك خفيف قد لا يلتفت له احيانا اوليلة قلق أو حركة جبهة خفيفة غير معلومة الينبوع أو حالة مرضية ثقيلة تستمر جملة ايام احيانا مع ظواهر تدل على احتقان الدماغ (كالهذيان والنفضات العضلية أو نوبة تشنجية مع فقد فى الادراك) يطرأ شلل الاطراف أو هى والجذع دفعة واحدة وهذا الشلل له صفة خاصة به وهوانه يكون عظيم الامتداد جد فى الابتداء وانه فيما بعد فى الاسبوع الثانى غالبا أو بعد قليل من الاشهر تعود الحركة ثانياً فى بعض اجزاء الجسم لاسيما فى الاجزاء العليا منه لكن الشلل النام يبقى قاصر اعلى اجزاء محدودة ويستمر اذ ذاك طول الحياة وانما فى الاحوال الحقيقية يشاهد بعد النوبة الاولى زوال ظواهر الشلل بالكلية وشفاؤه شفاء تاما (وهذا هو الشكل الوقئى) والشلل الذى يستمر عادة يصيب غالباً الاطراف السفلى اكثر من العليا ويكون غالباً قاصراً على احد الساقين أو الذراعين (ويسمى بالمونوبالجيا) اكثر من اصابته لهما معا (المسمى بالبارالجيا) ويندر اصابته للطرف السفلى والعلاوى لجهة واحدة من الجسم (ويسمى بالايمنوجيا) أو للطرف السفلى من جهة والعلاوى من الجهة الاخرى واندر من ذلك اصابته للاطراف الاربعة وفى الابتداء يكون كثير من عضلات الطرف المصاب أو جميعها مصابة بالشلل لكن عما قليل يعود لجزء منها قوة انقباضه الطبيعية فلا يبقى الشلل مستمرا الا فى بعض اقسام من العضلات وقابلية استعمال الطرف المصاب يحصل فيها فيما بعد عوق عظيم يقطع النظر عن اشلل بواسطة التشوهات التابعة التى تطرأ عليها فان اغلب تشوهات القدم وانحنا آتة التى تحصل بعد الولادة تنج عن الشلل النخاعى الطفلى وقد ذهب بعضهم الى ان كيفية حصول تشوهات القدم الشلالية هذه تنج عن كون العضلات الغير المنشلة

أو التي شللها غير تام فنجذب القدم الى جهتها وتبقى قصيرة ومع ذلك تقصدها
 الاعتراض من كل من هيترو فلو لمكن على كيفية هذا الحصول بالفعل
 العضلي المضاد اقله في جميع الاحوال فانه كثير اما تحصل تشوهات
 وانحناءات عظيمة جدا عندما تكون جميع العضلات مشددة كما وانها ليس
 من النادر أن العضلات المشددة هي القصيرة وحينئذ فصول التشوه الشللي
 ينبنى على ثلاثة امور ميكانيكية تأثر مع بعضها وهي اولاً الثقل النوعي
 للجزء المصاب وثانياً الثقل الواقع عليه عند الارتفاع به وثالثاً عدم امكان
 تعديل وضع الطرف الذي حصل بجر كفة العضلات الغير المشددة واغلب
 انحناءات القدم حصولها هو شكل الانحناء والتشوه المسمى برجل الفرس
 وقد وجه هذا الامر بكون القدم المشددة يأخذ هذا الوضع متى ترك هو
 لثقله وأما عند الاطفال التي يمكنها المشي فان القدم المتحمل لثقل الجسم
 يكتسب شكل التشوه المسمى بالقدم المقرطح أو الزاوي وأما مفصل الركبة
 فلا يحصل فيه انقباض مطلقاً تبعاً لقولكم ولو كانت جميع العضلات
 الباسطة لسانق مشددة بل ان هذا المفصل قد يكتسب حركة عظيمة جدا
 بحيث يحصل فيه تمدد عظيم وغير ذلك يحصل في المفصل الحرقفي الفخذي
 وفي الاطراف العليا لا يتكون انقباضات واضحة في مفصل المرقق فان
 الطرف المشد لا يكون منبسطاً ومرنخياً واما في احوال شلل العضد فان كلا
 من العضلة الصدرية والعظيمة الظهرية وغيرهما يعتبره قصر بسبب عدم
 التعود على رفع الطرف والاصابع يحصل فيها بسبب قصر او تار العضلات
 القابضة انثناء وانقباض وذلك يحصل تبعاً لقولكم عقب استمرار
 الاصابع في هذا الوضع فانها ليست ثقيلة حتى تكون في حالة انبساط مستمر
 كالذراع المنبسط المسترخي وبالجملة قد ينشأ عن شلل العضلات الظهرية
 تقوسات في العمود الفقري ووضع معيب في الاكثاف ولو بدون شلل
 وتشوه في الاطراف

وقابلة الانقباض الكهربي تكون متناقصة قليلاً في العضلات القليلة
 الاصابة ومفقودة بالكلية في العضلات اتسامة الشلل ومع ذلك فالقول بانه
 في جميع الاحوال التي فيها يفقد التنبيه الكهربي المتقطع في الاصابع

الاول لا يكون هناك ادنى رجاء في الشفاء ايس صائبا في جميع الاحوال
 (كما قاله روزتال) بل قد شوهد رجوع الحركات الارادية مع كون قابلية
 التنبيه الكهربائية لم تزل مفعودة ومشاهدة (سالومون) من حبيشة كون
 العضلات المنشلة التي تفقد قابلية انقباضها العضلي بالتأثير الكهربي
 المتقطع لا يندران تبقى فيها قابلية التنبيه بواسطة التيار الكهربي المستمر
 محفوظة قد صار اثباتها أيضا بواسطة غيره من الاطباء المشتهرين بالامراض
 العصبية وحيث ان انهم في الخلق من الخناجع الشوكي في احوال شلل
 الاطفال النخاعي لا يكون متغيرا فاحساس في هذا المرض لا يعتبر به ادنى
 تغير وغاية ما هناك ان يحصل فيه ارتفاع عرض في الابتداء وكذا قبل كل من
 المثانة والمستقيم لا يعتبر به ادنى اضطراب في هذا المرض بخلاف العضلات
 فانها تكاد يضرور اعظيما وهذا الضمور لا يتضح فقط في العضلات المنشلة
 بل أيضا في العضلات القابلة للانقباض السليمة الخارجة عن دائرتها وهذا
 الاضطراب الغذائي يدل على اقرب العظم بين شلل الاطفال والضمور
 العضلي التدريجي ففي الحقيقة يحصل في كل من هذين المرضين تفسير او قد
 كلي في وظيفة الخلايا العصبية العقدية العظيمة من القرون المقدمة
 السنجابية ولو كان ذلك بواسطة تغيرات مرضية مختلفة وكذا الاعصاب
 و الشرايين والعظام تظهر أكثر رقة والاطراف العظمية الضامرة تكون
 حركتها سهلة جدا غير طبيعية أو يعتريها خلل ما دامت الانقباضات العضلية
 لم تحصل وعظام الطرفين السفليين معا أو أحدهما يتأخر نموها الطولي جدا
 وبضهور هذا الطرف يزداد التشوه واما الجلد المغطى للجزء المتشل ولوانه
 يظهر باردا مبرقا الا انه لا يكون فيه ميل لحصول اضطرابات غشائية
 كالغفر بنا الوضعية ونحو ذلك

ثم ان الشلل الطفلي النخاعي وان كان لا يمدد الحياة وتعمر مثل هؤلاء
 المرضى حتى تصل الى عمر عظيم فمن جهة اخرى الامل في الشفاء التام
 يكاد يقدما لم يحصل ذلك في زمن قريب من حصوله أي في ظرف سنة امان
 ذاته أو بواسطة الصناعة والتنخيم التمييزي بين هذا المرض وغيره
 من انواع الشلل التي تحصل عند الاطفال يرتكن فيه الى المنشأ السريع

لهذا المرض والى انه في احوال الشلل الدماغى لا ينطقى قابلية التنبية العضلى الكهر بائية كما في الشلل الطفلى النخاعى بل تبقى مستمرة على الدوام وانه في احوال الشلل الدماغى يفقد الضهور العضلى العظيم في العضو المصاب وانه في هذا الشلل الاخير يوجد مع شلل الاطفال في آن واحد اضطراب في قوة الادراك وشلل في الاعصاب الدماغية كاحدى جهتي الوجه أو بعض عضلات العين أو نحو ذلك واما بالنسبة لتمييز الشلل الطفلى النخاعى عن الشلل الدائرى فهو ان كان كل منهما يشابه الآخر من حيثية فقد قابلية الانقباض الكهر بائية وطروا الضهور العضلى العظيم الا ان الحساسية التى تبقى محفوظة في الشلل الطفلى النخاعى تكون ولا بد منه بقاء أو مفقودة في الشلل الدائرى للاعصاب المختلطة مع الحركة أيضا

وكذا عند البالغين قد تحصل اشكال من الشلل بينها وبين الشلل الطفلى النخاعى مشابهة تامة ومن هذا القبيل الافة التى شرحها المزمع دوشين وسماها بالشلل النخاعى المقدم الحاد للبالغين ومنها أيضا شكل الشلل النخاعى المقدم الذى يطرأ ببطء ويسمى بالتحساد وقد ذكرت مشاهدات من هذا الشلل عند البالغين الشبيهة بشلل الاطفال من مؤلفين عديدة وصار وصف بعض صفات تشريحية سيدها من الطبيب (ججوات) اتضح منها ان مجلس هذين المرضين واحد وهى القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكى والاعراض المهمة من الشلل النخاعى المقدم للبالغين عبارة عن شلل في الحركة كثير الامتداد أو قليله يظهر ظهورا واحدا أو تحت حاد كشلل الاطفال مع حفظ الحساسية على حالة محبة وصحة كذا فعل المسانة والمستقيم وعن فقد قابلية التنبية الكهر بائى وظهور اضطرابات غذائية تسربعة في العضلات الشديدة الاصابة ولا يندر عند البالغين أيضا حصول تحسين أو زوال سريع أو بقاء في هذا الشلل وعلى كل حال فانذار هذا الشكل أكثر جودة من أنواع الشلل النخاعى الذى ينتج عن التهاب النخاعى الاعترابى

واما معالجة الشلل الطفلى فلا يأمل فيه النجاح بالمعالجة الخفيفة المضادة للالتهاب كالأستفرغانات الدموية الموضعية على جانبى العمود الفقرى

والمكمدات الباردة على هذا التسم والمنقطات والمسهلات الامامية وتحوذ ذلك
 الا في الاحوال الحديثة من هذا المرض والشلل الذي يبقى لا يندران يحصل
 فيه عناية اقل فحين واضح من ذاته أو اقله يحدد على بعض العضلات وإذا
 ما لم يحصل هذا المجهود الطبيعي يمكن الحصول باستعمال التيار الكهر بائي
 المستمر (من العامود الفقري نحو الاعصاب والعضلات) مع الاستمرار به
 بجملة اشهر واعطاء فترات زمنية من الراحة على فائدة عظيمة سيما متى ضمنا
 لذلك فيما بعد استعمال التيار الكهر بائي المتقطع اذ بذلك نتفخ من الحرص
 ودورة الدم وحالة تغذية الاطراف المنشلة ونحوها وهذه المعالجة ينبغي
 مساعدتها باستعمال المقويات لاسيما المركبات الحديدية والحمامات
 الفاترة فقد ذكر روزتسال انه شاهد تأثيرا جيدا من طريقة المعالجة بالماء
 البارد بالنسبة لجودة التأثير على التغذية وتقوية العضلات المريضة
 (وطريقة المعالجة بالماء تكون اما بالدلك به او اف الاطراف المريضة بملات
 مبللة ثم فعل حمامات جلوسية أو صب الماء على العامود الفقري في اثناء
 الحمام) واما جودة تأثير استعمال بودورا البوتاسيوم والحقق تحت الجلد
 بكبريتات الامتر كين من واحد على جرام الى خمسة (من ٠.٠٠١ الى
 ٠.٠٠٥) على جرام من الماء فلم يتأ كد نجاحه بالسلبية وكذا المعالجة
 العضلية بواسطة الطرق الميكانيكية يمكن الحصول منها على نجاح بواسطة
 تجنب حصول التشوهات في القذم أو تحسينها وذلك بتسهيل المشي عقب
 استعمال اجهزة مخصوصة

(المبحث الثالث)

(في الشلل التدريجي للنخاع المستطيل)

(المعروف بشلل دوشين)

(وبالشلل اللساني البلعومي الشفوي)

(وبالشلل البصلي التدريجي)

هذا المرض الذي نحن بصدده ولواه بين ومتصف بصورة مرضية واضحة
 لم توجه اليه مع ذلك افكار المؤلفين الفرنسيين الا في العصر المستجد
 ولا سيما دوشين فانه هو الذي عرف شكل هذا الشلل بانه مرض قائم

بنفسه وأما الأطباء الالمانيون فهم الذين عرفوا المجلس المركزي لهذا المرض بأنه ~~مكشكش~~ في النخاع المستطيل وذلك بواسطة الاستنتاجات النظرية وفي الحقيقة اقتصار الشلل على عضلات التكلم والازدراء وجود هذا المرض في الجهتين هو الذي عضد القول بأن التعبير المرضي الأصلي مؤثر في الصفر الذي منه تنشأ جلة نوايات عصبية محركة مختلفة من الجهتين قريبة من بعضها بالكلية وذلك هو قاع الحفرة المربعة يحوار الحظ المتوسط وقد تأيدت حقيقة تلك الاستنتاجات في عصرنا هذا بواسطة الابحاث التشريحية المختلفة من كل من المعلم ليدن وشركو وغيرهما فإنه يوجب جد على الدوام تغير مرضي واضح في نوايات كل من العصب تحت اللسان والاضائي لولس والعصب الوجهي لكن بالنسبة لطبيعة هذا التغير الاخذي التقدم تدريجيا يمكن أن تصاب النوايات العصبية لتغيرها من الاعصاب الدماغية مع طول الزمن بحيث يصل التعبير المرضي في بعض الاحوال الى مركز كل من العصب السائي البلعومي والجزء المحرك من التواءى الثلاث والعصب العنقري والمحرك للقلبة أو المقرب لها بخلاف العصب المتغير اى الرئوي العدى والدمعي والجزء الحساس من التواءى الثلاث فانها لا تصاب الا فيما بعد أو لا تصاب بالكلية وأما القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكي فانها كثيرا ما تستترك في الاستحالة المرضية وليس هذا بمستغرب متى علمنا ان نوايات الاعصاب المحركة من النخاع المستطيل تطابق مطابقة تشرحيية ومماثل القرون المقدمة السنجابية للنخاع الشوكي ومن هذا يتضح القرب العظيم بين الشلل البصلي والضمور العضلي التدريجيين وكلاهما قد يوجد منفصلا لاخران يحصلان معا أو يعقب احدهما الآخر

ثم انه في الشلل البصلي النخاعي التدريجي تقع الحسلايا العصبية العنقية من نوايات الاعصاب المصابة في استحالة مرضية وضمور (وهو في الغالب الضمور البجنتي الاصفر) وهذا الضمور يظهر انه نتيجة تغير احتفاني التهاى لتلك النوايات فيئند ثلاثى الاخلية العنقية هو الثمرط الرأس لهذا المرض ولو وجدت تغيرات اخرى كما هو الغالب لا سيما الضخامة والتسكاثف التيبسي في الانغداد العصبية الموجودة في قاع الحفرة المربعة

بل ان هذا التيبس والضمور الخلوي قديم في اثناء سير هذا المرض الى المركز المحرك من النخاع الشوكي وقرنه المقدمة واجبلته المقدمة والجانبية وبذلك بوجه الطرقات التابع لكل من الشلل النخاعي والضمور العضلي التدريجيين الى الاعراض السابقة من الشلل البصلي وفي احوال قليلة قديمة هذا التغير المرضي الى اعلى نحو الاجيلة الهرمية المقدمة ومنها الى القنطرة كما ذكره ليدن بل والى الجزء الابتدائي من نخاع المخ كما ذكره (قوسمول) وكذا الاجسام الزيتونية فمن النادر ان توجد متغيرة وأما الاجيلة الخلفية من النخاع الشوكي والاجسام الناشئة منها فانها تبقى سليمة

ثم ان اصابة النوايات العصبية البصلية بعقبا ولا بد تلاش وضمور في الجذوع والجذور العصبية المسامطة لها وحيث ان هذه التغيرات التابعة للاعصاب تتضح جدا بالنظر في زيادة عن الاغبران الدقيقة المكرو سكوبية للنوايات العصبية التي لا تتضح الا بعد التيبس التام وتغير لون النخاع المستطيل فمن البين ان تلك التغيرات التابعة في الاعصاب هي التي استكشفت ابتداء قبل التغيرات الاولى في العضو المركزي

والهضلات المنشلة نفسها يمكن ان يعتبر بها عند المريض بعينه اما استئصال شصية أو شصية واما ضمور بسيط ومع ذلك فنناقش حجم كل من اللسان وغيره من الهضلات الناتج عن ضمور الالياف العصبية يختفي بواسطة نمو المنسوج الخلوي بين الالياف العصبية المصبر عنه بالضمور العضلي الكاذب والامر المعلوم من ان كلام من الشلل والضمور العضلي لا يكون بنسبة واحدة غالباً في درجة التقدم ادى للقول النظري بأنه يوجد لكل عضلة اخلية عصبية عقديّة غذائية ومحركة مخصوصة في النوايات العصبية وانه يتعلق بمجلس التغير المرضي وامتداده في النوايات العصبية اما تقدم الشلل في الهضلة أو ضمورها أو حصول هذين الامرين معا وأما امتداد التغير المرضي الذي يحصل غالباً بكيفية متقطعة على دفعات فقد نسب لنوع توزيع الاوعية في العضلات (كما قاله دوريت) ولا شك ان كل اضطراب غذائي لمنسوجات منفصلة من بعضها يوجه بارتباط تفرق الاوعية مع بعضها اذ بذلك ينتقل التغير المرضي من فرع وعائي الى آخر

ثم ان الاسباب الخفيفة لهذا المرض لم تزل مجهولة علينا فان المصابين بهذا
الداء يكونون عادة ساهمين من قبل وانما يظهر في بعض الاحوال ان اسكل من
تأثير البرد والانفعالات النفسية والمجهودات العضلية الشديدة والمآثرات
الجرجسة على الرأس والداء الزهري السابق الحصول دخلا كثيرا أو قليلا
في حصول هذا المرض وقد ينضج هذا الداء كمرض تابعي للضور العضلي
التدريجي وتيبس الدماغ أو الخجاج الشوكي القاصر على اصغار متعددة
متفرقة وشلل المجازين ونحو ذلك وهذا الداء النادر الحصول يشاهد بالاكتر
عند الذكور وفي النصف الثاني من الحياة

ثم ان هذا المرض يندران بينه دئ دفعة واحدة على شكل دوار سكني بل
الغالب ان نظرا اضطرابات في التكلم بكيفية خفيفة بدون ان يعنى بها
اما بدون اضطرابات اخرى أو مع اضطرابات خفيفة حسية كالآم في
الرأس والتهقاك والاحساس بالضعف والانقباض في العنق ونحو ذلك ويتعاضد
بسرعة لتلك الاضطرابات عسر في الازرداد عند الاكل فالتكلم يحتاج لمجهود
حتى يتم وبصير اللسان ثقبلا ويقدسبافسبأ قوة ارتفاعه الى اعلى وانما ان
نطق المخارج التلفظية التي تحتاج في تكوينها لارتفاع طرف اللسان الى اعلى
تصير عسرة تحرف الدال واللام والنون والراء والسين وكذا يعسر نطق
المخارج التي تحتاج لتقريب الاجزاء الخلفية من اللسان الى سقف الحلق
كالجيم والكاف والشين والياء واشتركت العصب الوجهي في الاصابة
ينتج عنه بصرعة أو ببطء ضعف شلل في حركة الشفتين فيتعذر انطباق الفم
وكذا انطق المخارج الشفوية كالباء والفاء والميم والتاء والواو ونحو ذلك
وعند تقدم الشلل الشفوي يتكسب هيئة الوجه هيئة البكا وذلك بانحذاب
الفم عرضا بواسطة العضلات المضادة للعضلات الشفوية وباتساع الثنيات
الانفية الشفوية وانما اشتركت الخلايا العصبية العقدية العليا نوايا
العصب الوجهي واشتركت أيضا العضلات الوجهية العليا في الاصابة نتيجة
عن ذلك شلل تام في الوجه يسهل ولا بد تمييزه عن الشلل الوجهي المزوج
الدائري

وعند حصول الشلل الشفوي التام يسيل اللعاب على الشفة السفلى الساقطة

لكن احيانا قد يكون افرار الاعاب متزايدا حقيقة فقد ثبت من تجارب
(اجاردولويب) ان تمسح المراكز العصبية المتسلطنة على الاعصاب
المفرزة الكائنة في الحفرة المرحمة ينتج عنه ولا بد افرار لعابي وأما شلل
الاهات فهو الذي ينتج عنه التكام الانفي وصعوبة في تكون بعض الحروف
الشفوية كالياء والباء التي عند نطقها تمنع الالهات هروب الهواء من الانف
ثم فيما بعد يمتنع بطء عظيم في التكلم وتقطع المخارج عن بعضها واخيرا
يصير التكلم غير واضح بالكلية وتفقد حركة اللسان أيضا سواء كان واقعا
في الضمور أم لا فالمرضى لا يمكنه الا احداث بعض الاصوات الانفية المزمارية
واحيانا يحصل عنده بحة شلالية في الصوت أو فقده بالكلية مع شلل في الاحبله
الصوتية يمكن مشاهدته بالمنظار الخجري

وعسر المضغ الذي يتزايد شيئا فشيئا ينتج عن فقد حركة اللسان والشفةتين
وعضلات المضغ وأما عسر الازدراد فانه ينتج عن ضعف حركات العضلات
العاصرة البلعوم وعن عدم سد الخياشيم أو المزمار عند الازدراد وبذلك ينفذ
مستحصل البلعوم في احد هذين الاتجاهين

وأما سير الشلل البصلي فاعظم أوصافه هو تقدمه التدريجي فينبغي
الاحتراس من اعتبار الانواع الاخرى من شلل التلفظ والازدراد التي تبقى
مستمرة على حالة واحدة والتي تظهر بكيفية حادة سريعة من قبيل هذا المرض
فانه ولا بد من حصول شلل تام في بعض الاعصاب الدماغية في جملة من
الامراض المختلفة للدماغ والمجموع العصبي فانما يقطع النظر عن الوقوف
أو التحسين الوقتي لهذا المرض يستمر ولا بد في التقدم الى ان يحصل الهلاك
الذي لا نفاد منه وهذا الانتهاء المخزن يحصل عادة في زمن طويل من سنة
الى ثلاثة أو بعد عدة من السنين وعند تقدم سير هذا المرض كثيرا ما يمتد
التغير المرضي الى النخاع الشوكي فيحصل آلام ظهرية أو في الاطراف متلوة
بشلل فيها أو في بعض عضلات العنق أو الصدر أو الظهر وكذا يمتنع الضمور
العضلي في بعض الاقسام العضلية لاميها عضلات اليدين كما تقدم شرحه
في الضمور العضلي التدريجي وأما العضلات العاصرة فانها تبقى حافظة
لوظائفها الى المات وكذلك الوظائف العقلية تبقى غير متكررة ولا توجد

حى والانهاء المحزن اما ان يحصل بواسطة ثوب ضيق عظيم فى التنفس مع
سرعة بدون قوة فى انقباضات القلب بشلل العصب المتخیر أو بواسطة شلل
الحجاب الحاجز أو بفقد تام فى حركة الازدراد تعقبه الصفاة والنهوك

المعالجة

معالجة شلل البصلة النخاعية الشوكية لم يتحصل منها على نتائج عظيمة
فانه لم يتحقق الى الآن هل يمكن فى ابتداء المرض قبل ثلاثى الخلايا
العصبية العقدية الحصول على فائدة عظيمة بواسطة الاستفراغات الدموية
الموضعية ووضع مثانات جليدية والمحوالات واستعمال التشنج بالماء على هيئة
المطر أو الشعاع فى الحمامات الجلوسية الفائرة ام لا وأما نجاح استعمال
التيار الكهر بائى الجلو فى المستمر فغير مشكوك فيه ولو كانت الاراء مختلفة
فى ذلك فان اغلب المؤلفين لم يشاهدوا من استعماله الا وقوفاً وقتياً وتحسيناً
وكذلك فى حركة اللسان وقوة التكلم والازدراد والالتفاف بالاعضاء المنشلة
ولومع التمدادى على استعماله بخلاف المعلم بن دكت فانه شاهد من استعماله
نجاحاً عظيماً حيث شاهد وقوفاً بل وتحسيناً مستمراً والمذكور يسلط
التيار الكهر بائى يمر فى اتجاهات مختلفة بين القفا والخرجة لكن النجاح
العظيم يتسببه هذا المؤلف لتسليط التيار الكهر بائى المستمر على الاعصاب
السميائية بواسطة النوات الحلية والصفيرة القفريّة اذ بذلك يقع التأثير
على الاعصاب السلطنة على الدورة فى الاجزاء المريضة وعلى الجزء المريض
نفسه وزيادة عن ذلك فقد تبين امر احداث تحسين وقوى فى التكلم والازدراد
وعسر التنفس بمساعدة استعمال التيار الكهر بائى على اللسان واللسان
والعصب تحت اللسان والحجاب الحاجز وأما الادوية المستعملة فى مثل هذه
الامراض (كالاستركنين والفوسفور وتترات الفضة وبعض املاح الذهب
والحديد) فالذى يستحق التمدادى على تجربة استعماله هو تترات الفضة فقط
وأما بودور البوتاسيوم فيظهر ان له تأثيراً جسيماً فى شكل شلل البصلة
الشوكية الناتج عن الداء الزهري

وفى الادوار الاخيرة جداً من هذا المرض قد يستدعى الحال لتغذية المرضى
بواسطة المجس المروى أو القطع الخففى لاجل مضار بقمع الازدراد
أو الاختناق

﴿الفصل الرابع في الامراض العصبية المنتشرة﴾

* (المجهولة المجلس التشريحي) *

﴿المبحث الاول في الرقص السنتجي﴾

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الرقص السنتجي يمكن اعتباره مرضاً عصبياً خاصاً بالاعصاب المحركة فان جميع الاعراض التي تنفج عن هذا المرض يمكن نسبتها الى تنبيه مرضي في اعصاب الحركة وأما الاحساس والوظائف العقلية فلا يظهر فيها تفسير واضح مستمر

وكيفية ظهور الرقص المذكور غير واضحة فان كلام الابحاث التشريحية وبيان اعراض هذا المرض لا يستدل منه على منشأ التنبيه المرضي للاعصاب المحركة في هذا المرض وكذا الصفات التشريحية القليلة الملاحظة لها لكن بالرقص المذكور فانه اما ان لا يستدل منها على شيء أو انه ان وجدت فيها بعض تغيرات في المراكز العصبية فلا تكون ثابتة ولا مطابقة لبعضها بحيث لا يمكن نسبتها لرقص السنتجي بل للتغير المرضي الاخير أو مضاعفة حصلت بالمصادفة وانتشار التنبيه المرضي على معظم الاعصاب الدماغية الشوكية المحركة ينافي بالسكينة القول بمنشأ هذا المرض من الاعصاب الدائرية كما ان سلامة جميع الوظائف الدماغية تبعد عن العقل كون الحركات المرضية في هذا المرض ينبوع تنبيهها الاولى لها نائبي من الدماغ وعكس ذلك فان بعض الامور سيما حصول فترة من الراحة في اثناء النوم أو الخدر السكور وفورمى يستدل منه على ان منشأ تنبيه الحركة من الدماغ اكثر منه من النخاع الشوكي كما وان النظريات القائلة بان الرقص السنتجي ينسب لعدم التناسب بين اتساع القناة الفقرية وغلظ النخاع الشوكي أو لاصابة النهاية في الفقرات أو الى التنبيه النخاعي الشوكي ليس لها أدنى أساس فالتا لا نعلم مع التأكد ان كان ينبوع هذا المرض النخاع الشوكي ام لا وأما ما يخص اسباب هذا المرض فاول امر يعرض لنا ويلتفت اليه هو كثرة حصوله في الزمن الثاني من التسنين وفي زمن البلوغ ولا يندر ان يصاب به الشخص اثناء هذين الزمنين مع بغائه سلباً في الفترة

بينهما وإذا تقول العوام ان الرقص السنتجى عادته ان يعود في كل سبع سنين
ويندر حصوله قبل السنة السادسة كما يندر بعد الخمسين لكن التقدم في السن
جدا لا يكون دائما مصاناعنه بل ان حصل في هذا الطور من الحياة فانه
يكون كثير الاستعصاء والنساء تكون اكثر اصابة بهذا المرض عن الرجال
والاستعداد الوراثي له يكاد لا يستدل عليه ولو في بعض الاحوال النادرة
وأما الانبيسا والايديسيا والاصابة الروماتيزمية فانها تزيد في الاستعداد
للإصابة به لكن لا يجوز مع ذلك اعتبار ارتباط الرقص السنتجى مع
الروماتيزم امر دائما وانما لا يذكران كثيرا من المرضى المصابة بهذا
المرض كانت قد اصبحت سابقا بالروماتيزم الحاد أو المزمن أو انه يعترها
اصابات روماتيزمية في اثناء هذا المرض أو بعد انتهائه كما وان التجارب
قد دلت على ان كثيرا ما توجد الغايط قليلة مرضية عند المصابين بهذا المرض
وكثيرا من هذه الاغايط وان كان متعلقة بالانبيسا أو اضطرابات عصبية وتعتبر
الفاظاد موية الا ان عدد اعظيما منها ولا بدناشي عن آفات عضوية في
الصمامات واضحة جدا بحيث لا يشك في عدم حصول روماتيزم مضاعف
بالتهاب في الغشاء الباطني من القلب وزيادة عما ذكر يعد من اسباب الرقص
السنتجى كل من التقليد والاثاععالان النفسية سيما الفزع وتبرج القناة
المعوية بواسطة الديدان وجلد عميرة والحمل ونحو ذلك ومن الواضح ان
في كل حالة اربعة بعصر عليه نأ وجود الارتباط السببي بين الرقص السنتجى
وهذه المؤثرات التي كثيرا ما لا يكون لها أدنى ضرر في المصحة العامة
وأما تأثير التقليد في احداث هذا المرض فيظهر ان ظهوره بكيفية منتشرة
في المسكاتب مما يوجه حصوله وأما تأثير الحمل فالذي يدل عليه هو كثرة حصول
الرقص السنتجى عند الحاملات الشابات ويندر ظهوره عند الحوامل قبل
اتهاء الشهر الثاني كما يندر ظهوره عندهن في النصف الاخير من الحمل
ومتى حصل هذا الرقص عند الحاملات فالغالب انه يستمر عندهن لزم
الوضع

في الاعراض والميراث

الرقص السنتجى يتصف بحركات في المجموع العضلي الارادي ولا تحصل

بفعل الارادة لغير ارادة ولو كان الادراك غير مضطرب وهذه الحركات
تحصل اما في الوقت الذي لم ترد المرضي فعمل حركات ارادية فيه أو وهو
الغالب في وقت ما يريد المرضي اجراء حركات ارادية وحيث انه في هذه الحالة
الاخيرة الحركات الغير الارادية تضاعف الحركات الارادية فالحركة التي يريد
المرضي اجراءها اما ان تتم بالسلبية أو تحصل بكيفية غير تامة وغير منتظمة
والانقباضات العضلية الغير الارادية في هذا المرض تتميز بكثرة تنوعها
واتحادها مع بعضها بحيث تكسب نوع انتظام عن الانقباضات العضلية
الغير المتنوعة البسيطة لكل من النوب الصرعية والاستيرية فان الاولى
عند النظر اليها تنظر اسطعيا بدون دقة يمكن بسهولة عدم معرفتها والتحقيق
منها دون الثانية وفي غالب الاحوال يبتدئ هذا المرض تدريجيا فيختفي
مدة متفاوتة من الزمن وفي الحقيقة يرى ان الطفل تسقط بكثرة من يده
الاشياء فتتكسر وان جلوسه لا يكون في حالة هدوء ان كثرته تصير غير جيدة
عما كانت او انه عند الدق على آلة البياض يخطئ بكثرة فينهز او يعاقب على
ذلك حتى يتيقظ لنفسه والطفل مع ذلك لا يعلم ما به فيصير مكذرا سمى الخلق
والاضطراب العضلي يزداد ويتضح شيئا فشيئا فتصير الحركة غير منتظمة
بحيث ان الطفل يتعمر عليه مسك الكوية مثلا ويشك نفيه بالشوكة
ويبتدئ في انقلاب العجينة وكثيرا ما تنضح دفعة حالة الطفل المرضية لا فاربه
بدون تغير ظاهري فيها ومن النادر ظهور هذا المرض بسرعة بحيث تنضج من
الابتداء الاعراض الواصفة للرقة السنتجى في الدور الاخير منه

وعندما يكون هذا الرقص تام الوضوح تتعاقب الحركات العضلية
المختلفة مع بعضها بكيفية متنوعة وغير منتظمة بحيث يعتبر من الصائب
تسمية هذا المرض باختلاج المجموع العضلي فالحوادث تتقارب من بعضها
بسرعة ثم تتباعد عن بعضها بسرعة أيضا والاجفان يتعاقبان انطباقها
وانفتاحها بسرعة عظيمة او انها تسكن برهة من الزمن والاهين تتحرك
حركة دورانية والفم يصير مديبا أو منكشا أو يتفتح بسرعة أو ينغلق
وينقبض بصفة الضحك تارة وتارة بصفة البكا وينقذف اللسان من الفم
بسرعة ويلتوى الرأس فتارة يتدفع الى الامام وتارة الى الخلف أو الى احدى

الجهتين وترتفع الاكثاف تارة وتارة تنخفض والاطراف العليا تفعل
حركات مقلاعية ويتعاقب انبساط المرفقين واليدين والاصابع مع
انقباضها وانكبابها وتقاربها مع تباعدها وتشاهد في الاطراف السفلى
حركات تشابه حركات الاطراف العليا انما تكون اقل شدة منها وكذا
تشترك عضلات الجذع في اضطراب الحركة بحيث ان العمود الفقري ينضى
تارة الى الامام وتارة الى الخلف وتارة اخرى الى احدى الجهتين وان كان
المريض مضطجعا في فراشه شوهه دارتفاعه فجأة الى اعلى وانقصافه من
انفراسه وعندما يكون هذا المرض شديدا لدرجة لا يكون للمرضى قدرة على
الجلوس في فراشها بل انها تنزل على الارض واضطراب الحركة يزداد جدا
عندما تكون الارض ممتدة نقطة لنفسها أو تعلم بأنهم لاحظت من غيرها
وقد يكون هذا الاضطراب في احدى الجهتين أشد من الجهة الاخرى
او قاصر على الاطراف فقط ويندر اشترك عضلات الحنجرة أو عضلات
التنفس في هذا الاضطراب وأما عضلات البلعوم والعواصر فلا تسترک
في ذلك قاطبة ويعصر على المرضى النوم بسبب استمرار الحركة لكن متى
أمكن ذلك زال اضطراب الحركة بالسكينة وتوجد بعض استثناءات من هذه
القاعدة تنسب للحالات التي موضوعها الحركات

وتكاد تضطرب جميع الحركات ما عدا التنفس والازدياد بواسطة
الاضطراب العضلي لهذا المرض ويصير التكلم غير واضح فانه يطرأ على
الحركات الارادية للسان والسفتين حركات أخرى غير ارادية وعند الاكل
تنزل الشوكة مثلا وتمر من امام الفم وينكب الماء من الكوبة وقت
الشرب بحيث كثيرا ما يلجئ الحال لتغذية المرضى بيد أجنبية وبهضم
لا يكون له قدرة على مديده والمصالحتها الا بهمس ومشفقو بعضهم لا يكون له
قدرة على خلع ملابسه ولبسها وأما الاشغال اليدوية الدقيقة فلا يتيسر احوالها
بالسكينة ولو في الاحوال الخفيفة من هذا الداء وكذا في انشاء الاشياء ان أمكن
لاتصل الارجل لسطح الارض لضعف جميع الجسم يكون مضطربا بحركات
غير ارادية فيكون مشى هؤلاء المرضى ذا وصف مخصوص
وباقى الوظائف والحالة العامة لا تضطرب الا قليلا وكون خلق هؤلاء المرضى

في حالة تغير وتكدر أمر مدرك متى علمنا أنهم قدموا كثوا بجهة الاسايح بدون الحكم بالادارة على حركاتهم وانهم يكونون معذيين من عدم اجراء الحركة المقصودة بالارادة عندهم

ولا يندران تكون هيئة المرضى بهيمية أو مماثلة لحالة البله وذلك لان مخنتهم لا تكون بنسبة الحالة الانسانية الوقتية ولا يقصصون عن موضوع افكارهم وتكون مع ذلك الوظائف العقلية غير مضطربة لكن يظهر انه مع طول مدة المرض يحصل تكدر في القوة الحافظة وتظهر اضطرابات عناية أخرى وقد تشتكي المرضى بألم في الرأس والظهر لكن ذلك ليس على الدوام والتعب العضلي وان فقدت الكمية عند استمرار الحركة الا ان المفاصل المتحركة والمتورقة على الدوام تنفتح احيانا فتصير مولة ولم توجد حتى المالم تسكن هناك مضاعفة ومع ذلك فالنبض يكون دائما سريرا وكل من الشهية والهضم والافرازات لا يظهر فيه تغيرات قارة لكن عند استمرار هذا المرض زمنا طويلا يحصل تغير في التغذية العامة بحيث انها تصير انيابوية وتقع في حالة نحافة

ثم ان سير الرقص السنت جي بطيء فانه يندرا انتهاء هذا المرض قبل الاسبوع السادس أو الثامن بل كثيرا ما يمتد نحو الثلاثة اشهر أو اربعة وفي بعض الاحوال النادرة قد يصير اعتيادا بحيث يستمر طول الحياة ويشاهد في أثناء سيره امانا ثوران أو انحطاط أو انه يأخذ في التزايد تدريجيا الى ان يصل الى اقصى درجة ويستمر على ذلك مدة من الزمن ثم يأخذ في الانحطاط تدريجيا أيضا واكثر انتهاءه بالشفاء وأما الاحوال التي فيها يصير اعتيادا فانها تعد من النواذر والغالب انه يستمر في بعض الحركات آثار من هذا المرض ولو بعد انقطاعه وميل للنكسات وكذا الانتهاء بتغير مستمر في الوظائف العقلية وعدم النواذر والموت لا يحصل الا عقب حصول بعض مضاعفات ومع ذلك فشوهت احوال حصل فيها الموت من نفس هذا المرض وفي مثل هذه الاحوال يصل الاقباضات العضلية الى اشد الدرجات في العنق ثم تحصل الكوما وفيها تمك المرضي

(المعالجة)

أما المعالجة الدوائية للرقص السنت جي فلا يمكن اتمام ما استدعيه على الدوام

حيث اننا كثيرا ما نجعل حقيقة الاسباب التي ينتج عنها هذا المرض في
 الاحوال التي فيها يكون قد سبق هذا المرض علامات الانيميا أو لا يدري
 ينبغي استعمال احد المركبات الحديدية الجديدة المدروحة في هذا الداء
 (وأما كون كبريتات الحديد من خمس قحبات الى عشرة اعني من ثلاثة
 سنتجرام الى خمسة أو ايدروسيانات الحديد من قحبتين الى ثلاثة اعني من
 واحد الى ١٥ سنتجرام المدروحين بكثرة في هذا المرض يفضلان عن غيرها
 من المركبات الحديدية فهذا امر لا يقطع الحكم به) ومثل استعمال المركبات
 الحديدية في الرقص السنتجي عند الأشخاص الاينما ويزن تستعمل كذلك
 الجواهر الكبريتية الحارة وصفصافات الصودا لاسيما هذين كان منيهم
 مصابا من قبل بافات روماتيزمية وفي الاحوال التي فيها يتحقق من وجود
 ديدان معوية ينبغي ابتداء المعالجة باعطاء السنتونين أو غيره من الجواهر
 الطاردة للديدان وفي الاحوال التي يكون قد نشأ فيها هذا الداء بطريق
 الانعكاس مع استمرار تأثير السبب المهيج كالتسنين الشافي أو اضطراب
 الهضم أو إصابة في الاعضاء التناسلية أو استعمال السحق أو جلد عميرة
 ينبغي ولا بد تبعية مثل هذه الاسباب أو معالجتها بما تقتضيه الصناعة
 وأما الجواهر الدوائية التي تستعمل بقصد اتمام ما تستدعيه معالجة المرض
 نفسه فعدد هاعظيم لكن حيث كان هذا المرض ينتهي من نفسه في ظرف
 ستة اسابيع أو ثمانية ولا يمكن ازالته قبل هذه المدة بتعاطي اى جوهر
 دوائى فمن المنسكوك فيه حينئذ في كل حالة راهنة ان كان المرض زال زوالا
 ذاتيا أو بتأثير استعمال احد تلك الجواهر الدوائية المستمرة تعاطيه مدة
 الستة اسابيع الاخيرة ومن حظ المرضى كون معظم الجواهر الدوائية
 المدروحة في هذا المرض ليست مضرّة متى استعملت مع الاحتراس وهذا
 يقال على الخصوص بالنسبة للاستحضارات الحارصية لاسيما أكسيد
 الحارصين الذي يمكن اعطاؤه بمقدار أخفى ان يزداد الى ٧٥ سنتجرام بل
 الى جرام وهناك وسائل علاجية اقوى تأثيرا فسيولوجيا ومع ذلك
 فليست اقوى نجاحا من أكسيد الحارصين وهى كبريتات الحارصين

ووالريانات الزنك وكبريتات النوشادر والنفاس وتترات الفضة وبرومور
البوتاسيوم وكبريتات الانلين والاي ريزين وأما استعمال الزرنج فبني على
مدح الشهير رومبرغ له والايصا به فانه أفضل من غيره من جواهر هذه الرتبة
فني اريد استعمال هذا الجوهر الذوائى المعدنى فالأفضل استعمال محلول
فوالبر (من ٣ نقط الى ٥ ثلاث مرات فى النهار) عند الاطفال ومن
٨ الى ١٢ عند البالغين فانه أفضل من غيره من الاستحضارات الزرنجية
وفى الاحوال المستعصية ينبغى ولا بد استعمال الكهربيائيه (بان يسلط
التيار الكهربيائى المستمر على النخاع الشوكى والاعصاب الدائرية بل والعظيم
السمياتوى) فان تأثيره الجيد مدحه كثير من الاطباء المشغولين بالامراض
العصبية

وأما المخدرات فانها ليست غيرة ناجحة فى معالجة الرقص السنتجى فقط بل
لا تنفع لها غالباً الاطفال بحيث اذا أوصى الطبيب باعطاء بعض قمعات من
محقوق دوفير أو مقدار من المورفين فى الماء بقصد احداث هذه وسكون
الطفل ندم على ذلك فى صبيحة اليوم التالى وكذا الاستريكنين ولو مدحه
الشهير تروسو فلم يتبعه أحد من الاطباء الا لما يزين فى استعماله

وفى الاحوال التى فيها يكون العمود الفقري ذات حساسية متزايدة عند الضغط
ينبغى ارسال بعض حاقى أو استعمال بعض محاجم تشريطية على جانبي العمود
الفقري أو القفا وبعقب ذلك باستعمال بعض المصرفات ومع ذلك ينبغى
تجنب احداث تشوه فى عنق البنات الشابات بواسطة استعمال علاجات
تخلفها اثر التحامية كما انه ينبغى تجنب استعمال ذلك بمرهم الطرطير المقيى
وأما التشلل البارد على الظهر الذى هو اقوى الوسائط المحولة على الجلد
فيظهر انه اعقب بنجاح فى اغلب الاحوال وبتناقل عظيم فى الممرض فى
احوال اخرى

وأما استعمال الحمامات الفاترة لاسيما المضاف لها كبريتات البوتاسيوم
(من ٥٠ الى ١٥٠ جرام على كل حمام) فمدحه الطبيب بادلوك بكثرة
وانتشر استعمال هذه الطريقة فى فرانس ولندكر من الجواهر الدوائية
المسكنة فى الاحوال الشديدة من هذا المرض استنشاق الكلور وفورم

وينبغي تكرار المشاهدات وباستعمال الاستنشاقات الكأوزوفورمية حمرا
مع الانتظام مدة من الزمن بدون أن تصل الى درجة احداث المخدرات حتى
يتأكد لنا ان كان لهذه الواسطة قدرة على تنقيص مدة المرض ام لا وأما الربط
القهرى بواسطة الاربطة أو الواسائط الاخرى كما اوصى به بعض اطباء
في الزمن الاخير فينبغي تجربته والجسم عليه قبل استعماله كطريقة عامة
منتشرة وفي اثناء النعاهة ينبغي تقوية الاحساسات الادبية عند الاطفال
مع الاستمرار حتى يعتادوا على مقاومة الحركات الغير الارادية بقوة
الارادة وفعلها

*** (المبحث الثاني في الصرع) ***

(كيفية الظهور والاسباب)

الصرع لا يمكن اعتباره مثل الرقص السنتجى والتيتنوس مرضا عصبيا
في الاعضاء المحركة فان فقد كل من الحس والادراك ضرورى كالشلل
حتى تتم النوبة الصرعية فالنوبة تكون غير نامة متى فقدت احدى تلك
الظواهر في كل نوبة صرعية

ثم انه يمكننا ان نعتبر من الامور المثبوتة ان تخرج الاعصاب المحركة التي يظهر
على هيئة التشنجات يكون منشاؤه النخاع المستطيل والاجزاء القاعدية من
الدماغ والذي يثبت ذلك الامور الاتية وهي اولاً انقطاع وظائف الفصين
الكريين العظيمين في اثناء مدة التشنجات ويظهر بعيدا عن العقل ان
التشنجات الكريين يكون فيهما قابلية لا عطاء للتنبيه المحرك في اثناء
ما تكون فيها قابلية تنبيه العقدة الالياف العصبية الاخرى منقطعة وثانيا
انه يمكن احداث تشنجات مماثلة للتشنجات الصرعية باحداث تخرج مستمر
في قاعدة الدماغ بواسطة التيار الكهر بائى ولا يمكن احداثها بتخرج مماثل
لذلك في باقى اجزاء الفصين الكريين وثالثا بما اثبتته التجارب المتكررة
ذكره الكل من كوفول وتينار انه يمكن احداث تشنجات مشابهة بالكيفية
للتشنجات الصرعية عند الحيوانات ولو بعد استئصال احد الفصين الكريين
وبالجملة فان الطبيب شرودر قد وجد في جثة المالكين بالصرع بعد استمرار
هذا المرض زمنا كثيرا الطول أو قليلا زيادة عن التغيرات الغير القارة تمدد

الاوعية الشريانية الشعرية للخراج المستطيل ونحنا في جدر تلك الاوعية
 الشعرية والحالة المرضية للخراج المستطيل التي فيها يصل التهييج الشديد
 الاعصاب المحركة الناشئة من باطن هذا العضو او مارة فيه التي نهيها على
 وجه الاختصار بالحالة التهيجية تنبع بلا شك عن موثرات عديدة فان تجارب
 كل من كوير وكوسمول وتينار وان دلت على انه يمكن احداث نوب
 صرعية بحجز الدم الشرياني عن وصوله للدماغ لكن هذه التجارب لا تثبت ان
 الانبعاث الشرياني للدماغ هي السبب الوحيد في التشنجات الصرعية وذهب
 شرودراني انه يجوز ان تقول بان تلك التشنجات الصرعية تتعلق في الغالب
 بازدياد في توارد الدم الشرياني نحو الخراج المستطيل ولا شك انه قد تحصل
 حالة تهييج مرضي في الخراج المستطيل بدون ازدياد الدم فيه او تناقصه وتكون
 كافية في احداث التشنجات الصرعية وهذه الحالة تنشأ عن وجود عناصر
 غير طبيعية عضوية او عن وجود جواهر غريبة في الدم كما انه يجوز القول
 بان الخراج المستطيل قد تعتبره حالة تهيجية مرضية بالتقال تهييج غير طبيعي
 من صفر بعيد عنه مركزيا كان او دائريا اذ انه من الثابت في بعض الاحوال
 انما دارة ان كلام الاورام العصبية والاندب الالتصامية او الاورام الاخرى
 قد تحدث الصرع بضغطها على بعض الفروع العصبية الدائرية وان هذا
 المرض يزول بعد زوال هذه الاحوال المرضية او قطع الاعصاب المؤثرة
 فيها كما ان بعض الاورام الدماغية وغيرها من امراض هذا العضو
 وامراض الخراج الشوكي يمكنها احداث النوب الصرعية بالامتداد
 البطني المتدرجي لانه يهيئ المرضي الى الخراج المستطيل وهذه النظريات
 يرتكن فيها الى تجارب مهمة مفعولة في هذا العصر الاخير من المعلم برونسكار
 في الكلاب التي جرح فيها الخراج الشوكي وظهرت فيها نوب صرعية
 لا بعد جرح هذا العضو حال ابل بزمن ما وبالجملة فمن الثابت ان الحالة
 المرضية للخراج المستطيل الناتج عنها النوب الصرعية قد توجد بكثرة في
 الحالة الخلقية غير الطبيعية والوراثية

ومن الامور العسرة التوجيه انه لا يشاهد في الصرع احوال تهيجية مرضية
 مستمرة في الاعصاب المحركة بل ذلك يظهر بكيفية دورية تكون منفصلة

عن بعضها افتترات طويلا جدا وهل يجوز توجيه تلك الظاهرة بكون
 النخاع المستطيل تعتبره تلك الحالة التهيجية زمنا فزمننا وذلك يؤيد الرأي
 القائل بان التشنج الوقفي في الطبقة العضلية الوعائية والايضا الشريانية
 الناتجة من ذلك تعتبر سببا للنوبة الصرعية أو ان تعهم الدم وتخرج اورام بعيدة
 من النخاع المستطيل أو غيرهما من الاسباب المتعلقة بها الصرع باحداها
 هذا التشنج العصبي الوعائي تؤدي احيانا الى حصول النوبة الصرعية
 أو هل يجوز لنا كما قاله ثروذر اعتبار الخلايا العصبية للنخاع المستطيل
 شبيهة بزجاجة (ليدا) والجهاز الكهربائي لبعض الاممك أو ان النوبة
 الصرعية تشابه حينئذ الحرارة الكهربائية المنقذة من تلك الزجاجة
 أو استفراغ الجهاز الكهربائي لتلك الاسماء أو ان الاحيلة العصبية
 في اثناء الفترات تشخص شيئا فشيئا بانتثار الكهرباء حتى يحصل استفراغ
 جديد أو ان النخاع المستطيل تعتبره حالة تهيجية مرضية مستمرة لكنها
 تحتاج لارتفاع وقتي فيها بهيجات جديدة وقيمة تنقل اليه من اجزاء بعيدة
 عنه كالدماع والنخاع الشوكي أو الاعصاب الدائرية أو الاعصاب الحشوية
 حتى تحصل النوبة الصرعية كل ذلك ليس عندنا فيه الى الآن معرفة حقيقية
 ولا يجوز لنا ذكر توجيهات أخرى زيادة عن النظريات السابقة ذكرها

ومن الامور غير القابلة للتوجيه كما ذكرناه المضاعفة اللازمة لتلك الاحوال
 التهيجية في النخاع المستطيل بحالة شلالية في النصفين الكبر بين العظمين
 وقد اعتبر بعضهم فقد الاحساس والادراك حالة تابعة ناشئة عن التشنج
 وذكر بعض الاطباء انها متعلقة باحتقان احتباسي ويرى في الدماغ
 ينشأ عن انضغاط الاوردة العنقية بواسطة العضلات المنقبضة وقال آخرون
 ان ذلك متعلق بانثخان الدم بمحض الكربون الناشئ عن الانقباض
 التشنجي في المزمار وانسداده وهذه النظريات لا يمكن القول بها وتنفي بان
 انطفاء الادراك والاحساس يطرأ مع التشنج في آن واحد بل كثيرا
 ما يسبقه وانه في بعض احوال الصرع الغير التام يكون هو العلامة الوحيدة
 للنوبة الصرعية كما انه لا يعول على النظريات والتوجيه القائل به ثروذر
 وهو انه يحصل في النوبة الصرعية مع تشنج الاعصاب الدماغية الشوكية

تشريح في الاعصاب الوعائية لهذا العضو بواسطة اخلية العقد العصبية
 للنخاع المستطيل وبذلك تحصل انهما شريانية ونزال في الدماغ وهذا ينفي
 أيضا نظريات المعلم هنري القائل بشكل احتقاني وشكل انساوي في الصرع
 وانه في الشكل الاول يحصل مع الاحتقان العظيم للنصفين الكريين المؤدى
 للشلل احتقان خفيف في النخاع المستطيل يؤدي لظواهر تهيجية خفيفة
 وفي الثاني اعنى الشكل الانساوي يحصل امتلاء قليل للاوعية الدماغية
 معصوبا بتسوار دموى نحو النخاع المستطيل ودرجة عظيمة من الامتلاء
 الوعائي فيها يحصل ظواهر تهيجية ولتختصر القول هنا أيضا ولا تتعرض
 لذكر نظريات اخرى ونعترف بان الفعل المضاد للنصفين الكريين العظيمين
 والاجزاء السكائية في قاعدة الدماغ عند حصول النبوة الصرعية امر منبههم
 بالكلية

وحيث لم يكن عندنا معرفة حقيقية بالنسبة لكيفية ظهور الصرع فالتقاويم
 الطبية العديدة بالنسبة للأسباب المهيمنة لهذا المرض ليس لها الاهمية الثانوية
 فانت لا تعرف سببا من الاسباب يمكنه مع التأكيدها حدوث الصرع عند
 تأثره على الجسم بل انسان تعرف ان جميع المؤثرات التي ذكرت في اسباب
 الصرع لا تكفي بانفرادها في انتاج هذا المرض وانها لا تحدثه الا اذا انضم
 لها سبب آخر مجهول علينا

وقد استنتج من التقاويم الطبية ان الصرع مرض كثير الحصول جدا
 بحيث يصاب به نحو الستة في الالف والنساء اكثر اصابته به عن الرجال
 ولا يوجد طور من اطوار الحياة مصان عن الاصابة بهذا المرض ومع ذلك
 فاكثراحوال الاصابة به تقع فيما بين السنة العاشرة الى العشرين من الحياة
 ثم من العشرين الى الثلاثين ويندر ان يحصل هذا المرض في سن
 الشيخوخة كما انه يندر حصوله حصولا خلقيا اوفى الاشهر الاولى من الحياة
 والاستعداد الوراثي له اهمية عظمى في حصوله فانه يوجد خصوصا عند
 المولودين من ابوين مصروعين ولا سيما من امهات مصابات به كما انه يشاهد
 عند اشخاص كان يعترى ابويهم امراض عقلية أو مدمنين غلى
 السكر وفي بعض العائلات يعترى هذا المرض جملة طبقات من نسلها

وقد لا تصاب أولى الطبقات بمعنى ان اولاد الاشخاص المصابة بالصرع لا تصاب بهذا المرض بل الذي يصاب به واحفادها والاشخاص المنهوكوالبنية والمدمنون على السكر او جلد عيرة اكثر مصابا به عن الاشخاص السليمي البنية اقواياها ومع ذلك فلا تكون مصانة بالسكينة عنه

و بعد من الاسباب المتممة لهذا المرض الانفعالات النفسية سيما الرعب الشديد والخوف ورؤية المصابين بهذا المرض في اكثر من ثلث الاحوال يطرأ هذا المرض حال بعد الرعب الشديد

والتغيرات الجوهرية الكثيرة للجمجمة والدماغ طبقا لما ذكرناه كالانفعالات النفسية لا تحدث هذا المرض دائما بل عند وجود بعض امور مجهول توجيهها علينا كعدم انتظام شكل الجمجمة أو غوها الغير التام وتشنج في جذرها أو تولدات عظمية فيها وتشنج أو التصادم أو تعظم في الأم الجافية وأورام الدماغ والبورات الدماغية والاستسقاء الدماغى المزمن وضامة الدماغ وأما تغيرات الغدة النخامية التي قال المعلم ويتزل بوجودها على الدوام عند المصابين بالصرع فانها تنقد في غالب الاحوال

وأما التغيرات الجوهرية في النخاع الشوكي في جذة المهاكين عقب الصرع فنادره الوجود بالنسبة للتغيرات الجوهرية الدماغية ويحتمل ان هذا ناتج من عدم البحث عن النخاع الشوكي بالدقة مثل ما يفعل بالدماغ

وأما الاورام العصبية وغيرها من الاورام والندب الالتحامية التي يتسبب عنها حصول الصرع أحيانا عقب ضغطها على بعض الاعصاب الدائرية فقد سبق ذكرها وبكيفية مماثلة لما ذكر يمكن ان الاحوال الشهيجية غير الطبيعية للاعصاب الحساسة التي تنشأ عن تأثير مهيجات شديدة على انتهائاتها الدائرية تحدث الصرع وعلى حسب كون المهيجات أثرت ابتداء على الاعصاب الصدرية أو الحضمية أو البولية أو التناسلية أو الاتهابات العصبية مميزات الصرع عدة أشكال كالصرع القلبي والرئوي والبطني والكلوي والرجي لكن سهولة الوقوع في الخطأ عند نسبة الصرع الى مهيجات أثرت على الاعصاب المذكورة أمر بين للغاية وانما الذي يقل الشك

فيه هو الصرع الرجي حيث اننا كثيرا ما شاهدنا انتقال الاستيبريل الى الصرع كما اننا شاهدنا بعض الماء قد يصاب بالصرع عند أول جماع والديدان المئوية قد تحدث بلا شك في بعض الاحوال الصرع

في الاعراض والاسباب

الصرع مرض مزمن يصف بنوب تشنجية مصحوبة بفقد في الادراك متباعدة عن بعضها بفترات خالية كثيرة الطول جدا أحيانا ونقد الادراك مدة النوبة يترتب عليه فقد الاحساس والحركات الارادية بالكلمة وفي الصرع غير التام المعنى عند الفرنسيين بدء الصرع الصغير تفقد التشنجات عادة مدة النوبة أولا تكون واضحة الابتلاءات عضلية منفردة ولا يجوز اعتبار تلك النوب نوبا صرعية غير تامة الا في الاحوال التي فيها تكون تلك النوب غير التامة متعاقبة بنوب تامة أو ظهرت عقبها وكذا في الاحوال التي فيها يتقدم هذا المرض تسهيل النوب غير التامة الى نوب تامة شيئا فشيئا ثم ان النوبة الصرعية تسبق عند بعض المرضى دائما أو غالبا بحالة تسمى بالحالة البضارية أو الهوائية أو الريحية وسميت بذلك نظرا لاجساس المريض بنوع نسيم صرعى يمرى من الاطراف نحو الرأس ثم يستحيل الى النوبة الصرعية ومع ذلك فهذا الاحساس لا يشتكى به الا قبل من المرضى بأنه ظاهرة تسبق النوبة وأكثر من ذلك حصولا احساسات أخرى كالتململ والحرارة والاحساس بتيبس أو بالام مخصوصة تشأ من اصفار مختلفة من الجسم وتبعد نحو الدماغ وتكون ساقية للنوبة وهذه الاحساسات المختلفة تسمى ايضا بالاحساسات النسيمية الصرعية السابقة للصرع وفي احوال أخرى يكون ظهور النوبة الصرعية بدلا عن كونه مسبوقا بتلك الاضطرابات الحساسية مسبوقا بتشنج أو شل موضعيين وتلك الظواهر يعبر عنها أيضا بالحركات النسيمية الصرعية تميزها عن الاحساسات النسيمية السابقة وبالجسلة فقد تكون الظواهر المرضية السابقة للنوبة الصرعية واضحة في الاعضاء الحسية كالهلوسة ورؤية الشرر والالوان المختلفة وطمين الاذنين والاحساس بالغط اودوار وأحيانا بمرئيات عجيبة قبل حصول النوبة وهذا الشكل

الآخر المعروف بالنسيم أو الخس الصرعى من الظواهر السابقة للنوبة
الصرعية لا يدل على ان الصرع ينبوعه مركزى بمعنى ان التغيرات المدركة
في الدماغ هي التي أحدثت هذا المرض كما ان الظواهر المرضية السابقة
للنوبة الصرعية التي تحصل في الاطراف لا يستدل منها على ان الصرع
ينبوعه دائرى وهناك ظاهرة عجبية وهو ان النوبة الصرعية
قد يستشعر بمحصولها من قبل فيجنب ذلك متى أمكن عزل الجزء
المبتدى فيه النسيم الصرعى بواسطة رباط قوى وموضوع أعلى هذا الجزء
وتجارب برونسكار المنفرد ذكرها تدل على ان هذه الظاهرة لا يستدل منها
أيضا على ان ينبوع الصرع دائرى فانه قد شوهد في هذه التجارب عند
الكلاب التي حصرتها الصناعة بواسطة جرح الخناق الشوكى حصول
النوبة الصرعية في كل مرة عقب تمجج الجلد في محل أو زرع دفرعات بعض
الاعصاب سيما العصب التوائى الثلاثى وفي مثل هذه الاحوال وان لم يمكن
معرفة كون النوبة الصرعية سبقت بالنسيم الصرعى أم لا الا ان تلك
التجارب يستنبط منها ولو في الاحوال التي فيها كل نوبة صرعية حصلت
بواسطة تمجج دائرى ان الصرع يمكن أن يكون ناتجا من تغير مدرك مادي
في جوهر الاعضاء المركزية

وأما النوبة الصرعية نفسها فانها تتسدى بصرع حاد سواء شفيقت بحالة
نسبية أو لم تسبق ومع ذلك يقع المريض على الارض فاقد الادراك ويكون
وقوعه على الظهر أو على احدى الجهتين ويكاد لا يكون عنده زمن كاف
لانتخاب محل جيد لوقوعه بل يقع بدون اجتراس على محال خطيرة غالبا
كالمدخن أو الاجسام الزاوية والسلم فانه قل أن توجد مريض مصابة
بالصرع لا يوجد عندهم اثر اصابات جرحية عظيمة أو قليلة سيما عند استقرار
هذا المرض زمن طويلا ولا يظهر عند المرضى بعد شدة قوطهم عادة تشنجات
عضلية تيتنوسية وبذلك تتمدد الاطراف وينجذب الرأس نحو الخلف
أو احد الجانبين وينطبق الفم وتغلق الاعين مع حركات رجوية نحو
الاعلى والاسفل ويتبمس الصدر وتقف حركات التنفس وبعد قليل من
الدقائق التي في انتها آتتها تنتفخ الاوردة الودجية ويزرق الوجه تستحيل

الانقباضات التيتنوسية الى انقباضات أو حركات تشنجية وهذه الاخيرة
تنتشر بسرعة على عموم الجسم فالعضلات التي كانت متقلصة متجمدة
تضطرب بحركات شديدة سريعة فتجذب زاوية الفم على التساقب نحو
الانسية والوحشية وكل من الجبهة والحاجبين يقع في حركات تشنجية وتنفخ
الاعين ثم تنطلق ويغضب الفك بقوة الى بعضهما ثم يجذبان في اتجاهات
مختلفة فيسمع صكك الاسنان ولا يسد ركتر بعضها والعن على
السان بل قد يدخل الفك السفلى ويظهر زبد دم ناشئ من حركات الفم
المستمرة ومن جرح اللسان وباطن الشدة وينجذب الرأس جهة اليمين
واليسار والامام والخلف وبالاتية انقباضات التشنجية اعضاء الجسد ينزفع
الجسم لاتجاهات مختلفة ويحصل في الاطراف شيئا العيا حركات قوية
رافعة أو ضارية أو التوائية تشنجية قوية جدا بحيث يحصل أحيانا خروج
أو كسور فيها وتكون الاصابع عادة منقبضة والابهام منطبقة في باطن
اليدي بقوة وهذه الظاهرة الاخيرة تعتبر واصفة لهذا المرض عند انعوام
بدون حق وفي أثناء النوبة يظهر أحيانا ان الانقباضات التشنجية تلطفت
شدتها وان النوبة آيلة للزوال لكن كثيرا ما يعقب هذا الانحطاط تناقل
جديد فترتق الانقباضات التشنجية الى أشد درجتها كما وان الحالة
التيتنوسية قد تطرأ اثناء النوبة كظهورها في ابتداء ثم اغتلف الحركات
التشنجية برهة من الزمن وتكون حركات التنفس في أثناء النوبة في حالة
اضطراب عظيم بسبب الانقباضات التيتنوسية والحركات التشنجية لعضلات
التنفس وذلك لامتناع تمدد الصدر وانقباضه ثم دوا انقباضا منتظما
وضربات القلب تكون سريعة كما يحصل في غير ذلك من الحركات العضلية
القوية والنبض يكون صغيرا غير منتظم أحيانا والجلد مغطى بعرق وكثيرا
ما يحصل عند المرضى تبرؤا وتبول غير اراديين ويندرج حصول انصباب
وانقذاف منوى والادرأ في أثناء النوبة التشنجية يكون مفقودا بالكلية
بحيث ان المريض ان وقع على مذخنة حامية جدا أو على النار لا يظهر أدنى
تألم ولا يعود لادراكه ولو وصل الحرق عنده لدرجة التفهم وأما حالة الحركات
الانعكاسية في أثناء النوبة فقد اختلف فيها بعض الاراء ونعترف بأنه لا يمكننا

ملاحظة ذلك بالدقة في أثناء النوب الثقيلة وأما في أثناء النوب الخفيفة
وتناقص النوب الثقيلة والخطاطها فقد تأكد لنا طبقاً لما شهدنا رومبيرج
استمرار الظواهر الانعكاسية فالمرضى يرمشون أعينهم عند ملازمة
المنفعة ويتزججون عند صب الماء البارد على وجوههم ومن الأمور العجيبة
العسرة التوجيه تكون ما شهدت الطبيب هيرمن انطفاء قابلية الانقباض
العضلي الكهر بائي الاطراف والجذع عند مريض في أثناء النوبة الصرعية
ثم بعد استمرار النوبة من دقيقة الى عشر أو ربع ساعة أكثر ما هنالك
ولوان اهل المرضى تباعغ في طول تلك المدة تنطفئ النوبة اما بالتدريج بان
تصير الحركات التشنجية ضعيفة شيئاً فشيئاً ثم تزول أو انها تنطفئ فجأة بحيث
ان الانقباضات التشنجية تعقب فجأة باسترخاء تام في جميع العضلات وكثيراً
ما تقتضي النوبة بغير تهدي طويل ويندراتهاؤها بالقى أو التجشي أو خروج
غازات من البطن أو التبرز

ومن النادر ان يعقب النوبة الصرعية القوية راحة تامة بل الغالب ان تقع
المرضى بعد النوبة في نوم عميق مع تنفس بطى آخرى مائتة تنبيه تنبيه اقويا
وعند ايقاظها من النوم تنظر الى ماحولها وهي في حالة تعجب متغيرة السحنة
ولم تعلم ما حصل لها وتستغرب من كونها في أودغ غير أودها وانها طريحة في
الفراش وتميل بكثرة الى تركها للنوم في الفراش وفي اليوم التالي ولو كان
لها قدرة على تعاطي أشغالها تكون في حالة اضطراب وكآبة وفحس
بفراغ في الرأس لكن تلك الاثار تزول في أثناء النهار

ثم انه يوجد خلاف السير السابق ذكره من النوبة الصرعية المغيرة عنها
بالاعتيادية اختلافات عديدة وذلك بالنسبة لمدة النوبة وشدها وانتشار
التشنجات وأهم من ذلك الاختلافات التي تعتبر أحوالاً تابعة لواسطية
النوبة الصرعية فانه وان كان الغالب ان المرضى يكون لها قدرة على تعاطي
أشغالها في اليوم التالي من النوبة تبقى عند آخرين من المرضى اما عقب
كل نوبة خصوصاً عقب النوبة الصرعية الشديدة المتكررة اضطرابات
عقلية واضطرابات عصبية مرضية مختلفة فالاولى تكون عبارة عن نوب
جنونية واضحة بحيث يلقى في كثير من الاحوال الى ان توضع المرضى في

فصان ضبط المجاذيب لاجل صيانتهم وصيانة ما حولهم من الافارب على
وفي بعض الاحوال يلجئ الى ارسالهم الى مارستان المجاذيب ولو في اثناء
الفترة وذلك لعدم العلم بأن النبوة التسالية تعقب بالجنون وفي احوال أخرى
تعقب النبوة بحالة تعرف بالجنون غير التام كالميل للجري دائما وفي
غيرها يشاهد عندهم سوء اخلاق غير اعتيادي بحيث تقع في حالة غضب
شديد مثلا من أقل سبب وبالجملة فقد يشاهد ضعف في القوى العقلية
والذاكرة عقب كل نبوة يستمر بعض أيام ولندكر أن بعض المثولين يشاهد
أحيانا المخالفة لذلك فيها وجد عند المرضي عقب كل نبوة حدة واضحة
في العقل

وأما الاضطرابان العصبيين المحركة فنذكر منهما الشلل الوقي أو المستمر
للأطراف وذلك يجوز توجيهه بانطفاء قابلية التنبيه العصبي عقب التبرج
العظيم للأعصاب كاذكرنا ذلك سابقا وما عدنا ذلك فقد تعقب النبوة بانطفاء
الصوت أو تعذر الزدرد أو ضيق في التنفس أو نحو ذلك

وأما الصرع غير التام فيتميز له خصوصاً عند الأطباء الفرنساويين
شكلان وذلك بحسب كون فقد الادراك مصحوبا بتشنجات خفيفة
أو فقدتها بالكلية ففي الشكل الأول المعروف بالداء الصغير الصرعى
يحصل للرئيس في أثناء اشتغاله أو تكلمه دوار عظيم لكن يكون عنده
زمن كاف في البلوس أو انه يقع بينه على الأرض بدون صرخة ويكون
وجهه باهتا واعيته ثابتة وتحصل بعض انقباضات عضلية في الوجه
والأطراف سيما العليا فانها تكون في حالة ارتعاش خفيف وعماد قليل من
الزمن يعود المريض الى حالته وكثيرا ما يتألف باسبغ غير معقولة
الى أن يزول هذا الاضطراب بعد ثلاث دقائق أو أربع بدون أن يعقب
ذلك بحالة كوماوية فيمكنه الرجوع لاشتغاله وأما الشكل الثاني الاخف
من السابق المعروف بالدوار الصرعى ففيه لا يقع المريض بل يتكدر
الادراك فقط ويظلم البصر وتصير الاعين ثابتة وينتقع الوجه ولا يحصل
ارتعاش في يديه غير انه يسقط ما بهما ويقف تكلمه وبعد قليل من الثواني
زول النبوة فيستمر المريض على ما كان عليه من الشغل كأن لم يكن به شيء
أو يتمادي في كلامه

ومن المعلوم انه توجد أشكال عديدة بين الصرع اليائس (أى الداء العظيم)
والصرع غير التام (أى الداء الصرعى الصغير) والدوار الصرعى كما أن هذه
الأشكال قد تتعاقب فى مريض واحد ولا تتعرض لشرحها إلا طائلاً فى ذلك
ولا يسهل شرح هذه الأمراض على العموم وحالة المرضى فى أثناء الفترات
مع الإيجاز

وقد ذكرنا فيما تقدم أن الصرع مرض من فئتين على ذلك أن الأحوال
التي فيها لا تعقب النوبة الأولى الصرعية بنوبة ثانية مع طول الزمن لا
تعتبر أحوالاً صرعية بل أحوالاً كلابية أى تشنجية وهو شكل مرضى
لا يتميز عن الصرع إلا بسيره الحاد والفترات التي فيها تعقب النوب مع
بعضها تختلف باختلاف الأشخاص فتفقد عند بعض المرضى بنحو سنة
أو جملة سنين وعند كثير منها بنحو أشهر أو أسابيع قبل أن تطرأ النوبة الجديدة
وهناك مرضى تحصل لهم نوبة صرعية كل يوم مرة أو جملة مرات وعلى
العموم تكون الفترات السكائمة بين النوب مشابهة لبعضها تقرى بها عند
الشخص الواحد ولو أن النوب فى أثناء سير هذا المرض تقرب من بعضها
شيئاً فشيئاً سيما عند الشبان ولم يشاهد طرز غير منتظم بالسكية فى تعاقب
النوب مطلقاً ولو وقتياً وانما يشاهد عند النساء أحياناً طرز منتظم متى كان
حصول النوب فى أثناء الطمث فقط وتظهر النوب عند بعض الأشخاص
فى أثناء النهار وعند آخرين فى أثناء الليل والصرع الليلي يعتبر كثيراً الخبيث
والاستعصاء وفى غالب الأحوال لا يمكن معرفة الأسباب المتممة للمحدثات
لأنوب ومع ذلك نحصل زيادة عن النوب المبررة بالذاتية نوب تنتج بالاشتراك
عن الانفعالات النفسية لاسيما الفزع وجاد عمرة والجماع والطمث كما
ذكرناه وقد يعلم من تغير خلق المرض وتشكيه بالآلم وثقل الأطراف والرأس
والدوار أن النوبة قريبة الحصول وفى أثناء هذا المرض تكون النوبة
الصرعية غالباً تامة وعند تقدم سيره لاسيما فى الأشكال المتعصية منه
فحصل نوب غير تامة أيضاً ويندر أن تكون النوب فى ابتداء المرض غير تامة
ثم ترتقى شيئاً فشيئاً بتقدم سيره إلى أن تصير تامة بالسكية وكما أن نوب
الصرعية تودى فى بعض الأحوال لاضطرابات عقلية وتنمية كذلك يظهر

بكثر في أثناء سير انصرع المستطيل المدة اضطرابات عقلية تامة غير قابلة
 للشفاء وهي الاشكال الجنونية من الصرع أو البله وتعود ذلك وبقطع النظر
 عن العدد العظيم من المصابين بالصرع الذين تنتهي حياتهم في ماستان
 المجاذيب يكاد يشاهد عند جميع المصابين بهذا المرض الذي اعتبرته
 الاقدمون حالة ناتجة عن غضب الحتم تغير الحالة الطبيعية الجسمية
 والروحية في مدة القوة الحساسة تزول والقوة المذكرة والمخيلة تنقص شيئا
 فشيئا وتفقد التصورات الصحية العقلية ويحمل عملها تصورات
 وحشية كاشرة في الشهوات والمطعومات وهذا لا يندران يحمل المريض
 على افعال شنيعة جنائية وكثيرا ما تمنع المرضى نفسها من رؤية الانسان
 وتكتسب سوء خلق مخصوص معذيين لما حولهم من الاقارب ويقعون
 في حالة غضب مفرغ من اقل سبب وكثيرا ما تغير كذلك هيتهم الظاهرة
 عند استمرار هذا المرض زمانا طويلا فقد ذكر اسيرول ان تقاطيع سخنة
 للصرع عين تصير شنيعة وتنفخ الحواجب والشفقان وابصارهم
 يصير غير حاد وجسمهم يفقد رشاقتة وقال ان هذا المرض يصير الوجه
 الحسن بشعا

وأما انتها آت الصرع فاندريها الانتهاء بالشفاء ولو خالف في ذلك بعض
 المؤلفين وكما كان الصرع ناجما عن استعداد وراثي واضح أو متعلقا
 باضطرابات جوهرية ثقيلة في الدماغ واستطالت مدته وكانت نوبه شديدة
 وكثر تردد هاو كان التأثير الذي يخلفها في البنية ثقيلًا كان العثم بالشفاء
 قليلا ويظهر ان هذا الانتهاء عند النساء أكثر منه في الرجال كما انه يكثر
 في الاطفال والشيخوخ دون الأشخاص المتوسلين في السن وينبغي
 الاحتراز من العثم بالشفاء عند تأخير حصول النوبة زمانا طويلا
 فانه من النادر ان ينطفي هذا المرض مرة واحدة بنوبة شديدة
 والذي يزيد العثم بحصول الشفاء هو ندرة النوب وضعفها شيئا فشيئا
 ويشاهد تغير واضح جيد في الحالة الجسمية والعقلية للمريض وقد تزول
 النوب زواوقيا عند بعض النساء لاجمعهن مادم في حالة الحمل
 كما انه يكاد يشاهد على الدوام حصول فتره في أثناء سير الامراض الحادة

الحمية وقد شوهدت في بعض الاحوال شفاء تام عقب طرأ امراض حادة
أو عقب ظهور الحيض أو زواله أو زوال الانفعالات النفسانية الشديدة
وقد يشاهد حين هذا التأثير عقب ظهور بعض الطفحات وانفتاح بعض
القرح نائيا

والمرضى المصابون بالصرع وان ندر شفاؤهم وهكذا انوالا يعمر ون غالباً
يندر هلاكهم في اثناء النوبة الصرعية عقب عروق النفس أو عقب انسكاب
دموى في الدماغ أو في اثناء الحالة الكوماوية التي تعقب النوبة أو عقب
السيل العموى والغالب ان يكون هلاكهم عقب تقدم الافة الدماغية
التي ينتج عنها الصرع أو عقب الجروح التي حدثت عندهم في اثناء النوبة
ولاشياع عقب امراض مزمنة ليس بينها وبين الصرع ادى ارتباط وسند كر
الفرق بين التشنجات الصرعية والتشنجات الاستيرية عند الكلام على
الاستيريا ولا يمكن طبعا الاعتقادنا جعل حد واضح بين الاكلام بسببها
والصرع فان التشنجات التي تحصل في الاحوال المستطيلة من التسمم البولى
يعتبرها بعضهم متعلقة بالاكلام بسببها والبعض الآخر بالصرع

وتسهل معرفة التشنجات بهذا المرض عند الاشخاص المتصنعين له فان فقد
الاحساس وان موهوه بتصنعهم لا ينبغي التصور ان مثل هؤلاء الاشخاص
يقلصون مخنتهم عند قرصهم أو حرقهم أو خرقهم لكن من الادر
عدم تأثرهم متى كان الاحساس شديداً وأثر فيهم بكمية غير معروفة
لهم ولذا ان نصيحة الطبيب (واندون) بأمره على رؤس الاشهاد
للنوطين بخدمة المرضى صب ماء ساخن جداً على ارجل الشخص
المتصنع بعد ان كان امر الخدمة مرا بصب ماء بارد تعتبر فكرة جيدة
عقلية وجميع الاشخاص المتصنعين للصرع يكادون يطيلون النوبة جداً
كما انهم يحتمدون في احداث بعض الطواهر المعتبرة واصفة لهذا المرض
كأن طبايق الابهام في راحة اليد واحالة العياب الى زبد وطسردة من الفم
وتحيا يوقظ الشبهة بالتصنع كون الشخص المتشكى بالصرع من منسل من
طويل لا يكون معه آثار جرحية في الجسم والسان وثيراً يعرف نصنع
الصرع بالوصف الغير الحقيقى بالنسيم الصرعى الى ككثيرا ما يدخله

بعض الاشخاص في تصنعهم لا اعتقادهم انه ظاهرة سابقة على الدوام
للتوبة الصرعية فان وصفهم لذلك كثيرا ما يكون شاملا لقول عجيبة ومن
العلامات الاكيدة انه على حقيقة التوبة الصرعية تمتد الحدة الذي
يستمر ولومع تعرض المقلد لضوض شديد فلا يمكن المتصنع احداث تلك الظاهرة
بالصناعة مطلقا

المعالجة

أما الوسائل العلاجية الواقية من هذا المرض فمن اهمها ما اوصى به الشهير
(رومبيرج) وهو منع التزويج بالاقراب من عائلة فيها يكون الصرع وراثيا
وانه لا ينبغي للام المصروعة ارضاع طفلها بل يصبر ارضاعه من ممرضة
سليمة البنية

وأما انما الدلالات العلاجية السببية في هذا المرض فسادزفانه بقطع النظر
عن الاحوال التي فيها لا يمكن الاستدلال من تاريخ المرض على مغرقة
الامور المتسبب عنها لا يتم في الاحوال التي فيها يكون تاريخ حصول هذا
المرض واضحا لبعض امور سببية غير مهمة وفيها لا يكثر زوال الصرع
عقب تبعيمها وفي غالب الاحوال يستمر الصرع الذي تتج بلاشك عن
حيوانات طفيلية في المعاء او اورام عصبية ولو بعد طردها واستئصال الورم
العصبي كما وان الصرع الذي يكون قد طرأ عقب عيب شديد وجزع يكاد
يستمر دائما ولومع حفظ المريض من تأثير قزع آخر ومع ذلك فهم اقل الرجاء
في النجاح لا تمتنع في معالجة الصرع من اعتبار الامور التي ينشأ عنها هما
كانت واهية وقليلة الاعتبار فان التجارب قد دللت على ان المعالجة
بهذه السببية قد تعقب بالنجاح ولو في احوال قليلة فانه مع قلة التأكيد
من تأثير الوسائل العلاجية الموصى بها في الصرع يكون لهذه الاحوال
الاستثنائية اهمية عظيمة فمن الواجب على الطبيب حينئذ متى تصدى
لمعالجة مصروع مراعاة الاحوال المهمة الظاهرة عند المريض قبل
استعمال الوسائل العلاجية النوعية بان ينظم معيشته وحالته الصحية
الجسمية وان يبعد عن جميع الامور ولو الواهية التي يمكن ان تكون معينة
على حصول الصرع فمن هذا القبيل منع المرضى عن تعاطي المسكر وبات

الروحية والمنبهات كالقهوة والشاي وكذا الاشغال العقلية والجسمية الشاقة وايضا هم بأشغال جسمية أو عقلية لطيفة وذلك لان الاستعداد لهذا المرض يكثر عند الأشخاص الضعفاء الممكّنين دون الأقوياء السليمين البنية والاطفال المصابون بالصرع لا ينبغي مكثهم في المدارس جملة من الساعات بل ينبغي ارسالهم الى الخناوات للعيشة فيها ان اممكن ولا تترك للرياضة في الهواء المطلق جملة من الساعات وتسهل الحمامات الباردة مع غابة الملاحظة كما انه ينبغي ملاحظة المرضى بالدقة ومنعهم من الافراط في الجماع ومن جلد عميرة ومن تعاطى المشروبات الروحية وعند احداث احدى تلك الموبقات ينبغي منعهم عنها بغاية الاكراه والجبر وان وجد عند المرضى علامات الانيميا والايديزيميا ينبغي مع الاغذية القوية والمكث في الهواء المطلق استعمال البديز والمركيبات الحديدية وان كانت قلة الدم أو ما ثبتته متعلقة بسوء قنية خنازيرية أو راشسية أو زهرية ثلاثية ينبغي استعمال معالجة لا ثقة بذلك وعند الظن بوجود امتلاء دموى ينبغي استعمال تدبير غذائي لطيف أكثر نباتي وتؤمر المرضى بشرب المياه العذبة مع الرياضة اللطيفة وينبغي تجنب استعمال الاسنفراغات الدموية العامة فان المصابين بالصرع ولو وجد عندهم تحمل عظيم لاغلب الجواهر الدوائية سيما المهوعات وخلافها لا يتحملون الاستفراغات الدموية

وعند وجود اثر نذرية دائرية أو اجسام غريبة أو أورام ينتج عنها ضغط أو أورام عصبية فلا بد من استعمال طرق جراحية وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للاحوال التي فيها التشنج الصرعي يتسبب من الاصغار الموجودة فيها ذلك والتجارب الدالة على ان استئصال الاورام العصبية أو غيرها من الاورام كثير امانا لا تضر ولا تمنع من اجراء هذه العملية لنجاحها نجاحا قطعيا في بعض الاحوال وبوصي في الاحوال التي فيها يكون شكل الصرع متعلقا بتغير مادي في الدماغ أو الجمجمة باستعمال الخزام أو المنقص والدلك بالمرهم المنقسط على القفا وكذا أقراص في مثل هذه الاحوال بالدلائل يهذ المرهم على فروة الرأس وباجراء عملية الثقب الجمجمة

وكون ثقب الجمجمة في الاحوال التي فيها يوجد وزم أو شظيا عظمية أو تولد عظمي أو غيرهما من التغيرات المرضية المضيققة لمنع تجويف الجمجمة الضاغطة على الاوعية الدماغية له احيانا تأثير جيد في انظوراه المرضية لاسيما في الثوب الصرعية فهنا امر يوجه به يكون عملية ثقب الجمجمة تعطى مسافة للدماغ وارهينه وزيادة اتساع في هذا التجويف وعند الظن بوجود ديدان معوية احدثت لما يسمى بالصرع البطني ينبغي اعطاء الجواهر الدوائية الطاردة لها لكن لا ينبغي تقوية الامل الذي يوجد عند المرضى بحصول الشفاء من رؤية عقل ديدانية في البراز بزيادة القول والوعد في ذلك وهناك اشكال من الصرع البطني يمكن شفاؤها بالمعالجة بمياه كارلسباد وماريمباد كما ذكره (روبيرج) وان كان الصرع حيا ينبغي معالجة الاحتقانات والالتهابات الرجية المزمنة والسدد الرجية وتفرحات الغوثة الرجية طبقا لقواعد التي سبق ذكرها فانه في هذا الشكل تؤدي المعالجة السببية الى اكبر نجاح ووضوح

وأما دلالات معالجة المرض نفسه فقد أوصى المعلم (شروذر) لانماها باستعمال الاستفرغات الدموية المتكررة بواسطة الحمامة التشريطية أو ارسال العلق ثم باستعمال المنفطات أو الحصة أو الحزام في القفا وهذا المؤلف يعتبر تلك الوسائط هي العقلية الوحيدة ويرحم ان فيها كفاة لتنقيص قابلية تنبيه النخاع المستطيل وتلطيفها وتحويل الاحتقان منه ويقول ان غيرهما من الوسائط العلاجية لا يساعد في المعالجة الا بكونه يؤثر في الاسباب البعيدة من هذا المرض أو في الاحوال المرضية الموجودة في الاحشاء والدماغ وسواء انضمننا الى تلك النظريات ام لا فلا بد وان النجاح العظيم الذي تحصل عليه هذا الطبيب يلجأنا لاستعمال تلك الطريقة العلاجية فقد تحصلنا في حالتين ثقيلتين غير عتيقتين من الصرع بارسال نحواربع علققات على القفا في ظرف اسبوعين الى اربعة وحفظ سسيلان الدم بواسطة المحاجم المارة على نجاح جيد بالنسبة لعدد الثوب وشدها بحيث لم يدعو الجبال لتكرار تلك الاستفرغات الدموية وبهذه الكيفية قد يستغنى عن استعمال المصرفات على القفا واعطاء جواهر دوائية

أخرى فان لم تثمر الوسايط العلاجية التي تكلمنا عليها في المعالجة السببية
 لهذا المرض وكذا الطريقة العلاجية المذكورة اخيرا فلا بد من استعمال
 الجواهر الدوائية الموصى بها في الصرع كنوعية ومن المعلوم ان الايحاء
 بأحد تلك الجواهر الدوائية مبني على نجاحه في احوال متفاوتة العدد اسكنا
 نعترف بانه ليس عندنا دلالات واضحة بالنسبة للاحوال المرضية التي
 فيها يفضل احد تلك الجواهر الدوائية عن الآخر فالطبيب الاكثرمهارة
 وتجارباعدل من هذه الحيشية الطبيب المستجد الغير المتمرن وأما استعمال
 الجواهر المنزيلة للحس والمختدرة معادلات الترويين فترفضه كإرفضه (شرودر)
 ونز يمكن في ذلك الى الاسباب التي ذكرها وهو انه لا يصدق عند المصروعين
 ازالة حساسية متزايدة ولا ألم بل القصد تاخير قابلية التنبيه الانعكاسي
 المتزايد والحركات التشنجية تبعاً لذلك وباستعمال الجواهر المختدرة يحصل
 عكس ذلك اي ازدياد في قابلية التنبيه الانعكاسية بحيث ان استعمالها
 بمقدار عظيم يحدث الشلل وكذا الكلوروفورم فانه وان أزال الاحساس الا انه
 يزيد في قابلية التنبيه الانعكاسي فالشخص المعالج يشابه الضفدعة
 المقطوعة الرأس الذي ليس عندها احساس الا ان الحركات الانعكاسية
 تحصل فيها بكيفية قوية وأما الترويين فهو جوهر قوي التأثير جدا
 لكن الذي يظهر ان له تأثيرا جديدا بالنسبة لعدد النوب وشدة تواتر وافي
 الاحوال المستعصية جدا من الصرع ولم يشاهد شفاء تام به في الاحوال
 المستعصية وأما في الاحوال الحديثة فلم يستعمل الى الآن ومرض المرضى
 الذين استعملناهم هذا الجوهر الدوائي بمقدار صغير جدا وهو جزؤ من
 الخمسين اعني واحد ميللي لم يشكوا فقط باضطراب في الابصار بحيث
 لا يمكنهم تعاطي ادي شغل باليد بل كذلك يجفان مستمر في الحلق مدة
 من الساعات بحيث يمنعهم من ازدراد الاغذية الصلبة والمعلم (تروسو)
 الذي اعتبر ان هذا الجوهر هو الواسطة القوية التأثير في الصرع قد اوضح
 الطريقة الآتية في استعماله وهو انه يفعل مائة حبة من خلاصة البلاودونا
 ومهضوق أوراقها من كل جرام (أي ٢٠ حبة) وفي الشهر الاول
 يعطى للمريض من تلك الحبوب حبة واحدة كل يوم ويزاد في الشهر الثاني

حبة ثانية كل يوم وهكذا بالتسدرج حتى يصل من ٥ حبات الى ١٥ الى ١٥ الى ٢٠ أو يزيد ويعطى المقدار دائماً دفعة واحدة فان حصل تحسین وجبت المداومة على آخر مقدار تعاطاه المريض مدة طويلة من الزمن ثم ينقص تعاطيه شيئاً فشيئاً بالتسدرج أيضاً واول شرط في نجاح هذه الطريقة العلاجية هو الصبر من جهة الطبيب والمريض معا ويمكن ان يعطى بدلا عن تلك الحبوب محلول الاترومين بقدر اثني عشر سنجرام (اعني قمحتين) في ١٠ جرام من الكحول المركز (اعني درهمين ونصف) وكل نقطة من هذا المحلول تعادل حبة من الحبوب السابق ذكرها فيبتدأ بنقطة ويصعد بالتدريج الى ٢٠ نقطة

واما الجواهر الدوائية المعدنية المضادة للحالة العصبية فاشهرها المركبات الخارصينية وفي العصر المستجد قد يعطى بدلا عن زهر الخارصين الذي كان يعطى منه سابقا مقدار عظيم جدا من درهم الى درهمين في اليوم املاح الخارصين ولاسيما والرياناته وايدروسيناته ولاسيما محلاته

ويعطى من هذا الاخير ابتداء قدر سبعة ديسجرام (اعني ١٢ قمحة) في كل يوم ويزاد في مقدار التعاطى تدريجاً ويقال ان هذه الواسطة العلاجية كبيرة النجاح في الاحوال الحديثة وعند الشبان ولاسيما في الصرع المعروف بالبطني او الرجى واما تترات الفضة التي اوصى بها (هينهورومبرج) فيعطى من ١ ديسجرام اعني قمحتين الى ٢ ديسجرام اعني ٤ قمحات في كل يوم ولا بد من الاحتراس في استمرار استعماله لزمنا طويلا الى ان يحصل التساكن المضي اعني التلون المخصوص المسمر في الجلد واما كبريتات النحاس انوشادري فاستعماله في الصرع في هذا العصر قليل وكذا الزرنج

واما الجواهر الدوائية النباتية المضادة للحالة العصبية فاشهرها الارمواراء، الدمسيسة والوريانا اي «شيشة الهر» يعطى من الاول من ثلاثة ديسجرام الى ٥ غنى من ٥ قمحات الى ١٠ مسحوقا او على هيئة منقوع مجهر بالبربرة من ٤ الى ٨ جرام واما الوريانا فيعطى ابتداء من ٢ درهم اربعة جرام (اعني درهم) ويزاد في مقدار التعاطى شيئاً فشيئاً الى ان

يصل الى ١٥ جرام (اعتنى نصف أوقية) كل يوم امام مصوفة
او على شكل المربة

والجواهر الدوائى الاكثر استعمالا فى الصرع فى العصر المتأخر هو برومور
البوتاسيوم فان كثير من مشاهير الاطباء يقولون مع التحقيق انه باستعمال
هذا الجوهر الدوائى استعمالا مستمرا يمكن الحصول على نتائج جيدة
واضحة للغاية ومع ذلك يوجد بعض من الاطباء المشهورين لا يعترفون بذلك
وقد شوهد من استعمال هذا الجوهر الدوائى نتائج واضحة فى بعض الاحوال
المستعصية حتى لا يمكننا انكار جودة تأثيره والعادة ان يعطى هذا الجوهر
الدوائى محالوا مريكام ستة جرام على ١٨٠ جراما من الماء (اعنى
درهما ونصفا على ست اواق من الماء) ويعطى من هذا المحلول ابتداء
قدر ملعقتى اكل وبعد عشرة ايام اربعة و بعد عشرة اخرى ستة
ثم يصفده مع التدرج حتى يصل الى عشر ملاعق او خمسة عشر الى عشرين
وهذه هى الطريقة التى كان بعض الاطباء يستعملها كواسطة علاجية
سرية بغد تلوين هذا المحلول بألوان مختلفة ويظهر ان اختلاف النتائج
التي تحصلت عليها الاطباء فى هذا المرض ناتج من عدم استعماله بطريقة
واحدة مع الاستمرار ولوان هناك احوال لم يشر فيها هذا الجوهر
فى العصر الاخير فقد يشاهد عند استعماله زناطوبلا ظهور طفح حلى
على الجاد أو رملى احيانا يزول بعد ترك استعمال هذا الجوهر الدوائى
ويظهر نايما عقب استعماله وبغض المرضى يشتمكى عقب استعمال
هذا الجوهر الدوائى بمقدار عظيم زناطوبلا يفقد فى الشهية واضطراب فى
الدماغ وظواهر نزلية فى المسالك الهوائية تشبه ما يحصل عند استعمال
يودورا بوتاسيوم بل وقد شوهد من استعماله بمقدار عظيم كإذ كرمدة
مستطيلة من الزمن حائسان حصل فيهما اضطرابا عقلية خفيفة لكن
فى معظم الاحوال تفقد جميع تلك الظواهر ولذا ان تجربته استعمال هذا
الجوهر الدوائى بمقدار عظيم مع الاستمرار امر موصى به على الدوام
ومن جهة الجواهر النوعية القليلة الشهرة التى استعملت فى الصرع الحلتيت
واراق ابرتقان والتمارنج وجد نمر الزمان وزيت الترمينتا والزيت الحية ورائى

لدبسيل والنيله ومن القواعد العامة في استعمال الجواهر النوعية هو ان يستعمل كل منها بالقدار الموصى به كلاً على حدته وان ينتقل من احدها الى الآخر بسرعة وان تعتبر التجارب المعلومة لنا الدالة على ان كل جوهر دوائى نوعى يؤثر تأثيراً جيداً امدة من الزمن ثم لا يحدث النتيجة بعينها فيما بعد اذا كان الجسم قد اعتاد عليه

وأما دلالات المعالجة العرضية فتشتمل على حفظ جسم المريض من الاصابات الجرحية التى يمكن حدوثها مدة النوبة والمصابون بالصرع لا ينبغي تركهم بدون ملاحظة متى سمحت حالتهم بذلك وهذه الواسطة هي الاهم والا كد فان النوم في سر ردى حواجز عابسة كسر ير الاطفال وان اوصى به لكن بهذا لا يمكن الاستغناء عن ملاحظة المريض فانه في مثل هذه الاسرة وان حصلت له نوبة وكان وضعه على الوجه امكن حصول الاختناق عنده وينبغى تجنب ربط المرضى مدة النوبة او مسكهم مسكاً عنيفاً ولوى اربامهم فكثيراً من العوامن يعتقد ان النوبة تزول متى امكن اجراء ذلك وحالة المرضى بعد النوبة تكون غالباً متحسنة مهما كانت شديدة جداً

ومن جملة دلالات المعالجة العرضية استعمال الوسائط التى اوصى بها الاجل تجنب حصول بعض النوب أو قطعها فان الضغط على بعض الامراف الناشئ منها التسميم الصرعى غير جيد الا بصاحبه ولو ترتب عليه منع النوبة فان حالة المرضى بعد اجراء ذلك لا تكون جيدة كما تكون عقب ظهور النوبة من جهة ومن جهة أخرى تكون النوبة التالية للنوبة السابقة اكثر قوة وشدة وعين ذلك يقال في استعمال المقيثات الشديدة عند ابتداء ظهور التسميم الصرعى وقد ينجم في بعض الاحوال قطع النوبة بالضغط على السباتين لكن اجراء هذه الطريقة في اثناء التشنجات عسر بل مضر عند فعله من يد غير متمرنه بحيث لا يمكن الا بصاحبه استعماله وكذا قد يستعمل في العصر المستجديت قصد تجنب حصول النوبة استنشاق بعض نقط من ترات الاميل

المبحث الثالث

(في الكزاز والتيتنوس)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا المرض ذو السير الخطر الذي ينتهي في الغالب انتهاء مخزنا بطرأ على شكل تشنج مستمر بدون اضطراب في الادراك وقية يعترى عضلات مخصوصة تشنج مؤلم مستمر مع تعاقب واصف قدصابا ابتداء عضلات الفك السفلي ثم الوجه ثم القفا ثم البلعوم ثم الجذع لاسباب عضلات الظهر ومع ذلك فدرجة هذا التشنج المؤلم تختلف وتظهر فيه قتران هدهد والمجاط ثم ازدياد و ينضم لذلك ثوران مؤلم في قابلية التنبيه المتعكس به يعقب المنبهات الظاهرة ولوالواهيته قوية تشنج تيتنوسية بمعنى ان التقصص المستمر في العضلات يزاد جفاة وأنه ينضم اليه نغضات عضلية متقطعة و قتيبة ويستتج من هذا الثوران العظيم لقابلية التنبيه المنعكس ان مجلس هذا المرض النخاع الشوكي وعلى الخصوص جوهره النخاعي لكن الى الآن لم يثبت مع التأكيذ وجود تغير تقريبي خاص بهذا المرض وطبيعته النوعية فان كلامنا من احتقان النخاع والبقع الاكimore فيه وفي أغشيته لا تعتبر تغيرات أصلية لهذا المرض وتنتج ولا بد عن الاضطرابات التنفسية والدورية الثقيلة المصاحبة للتشنج أولها تنتج عن احتقانات المخدرات رمية بل والبورات الالتهابية النضحية والبيئة التي توجد أحيانا في النخاع انما تشاهد في الاحوال المضاعفة ما لم تكن متعلقة بامراض اعتبر تيتنوسية خطأ والارتباط الغير الواضح الموجود في التيتنوس الجرجي بين الافة النخاعية والامصابة الجرجية الظاهرة المتسبب عنها قد انضج في الاحوال التي فيها امتد الالتهاب من العصب الدائري المخارج الى النخاع اما امتدادا مستمرا أو متقطعا (المعروف بالالتهاب العصبي الصاعد) بل وبعض الالتهابات العصبية التي لاتصلح لمحو النخاع الشوكي وتمتد اليه بل تبقى مقصورة على جزء العصب المصاب يمكنها امتداد التيج احداث تيتنوس أو امراض أخرى في الاعضاء العصبية المركزية لاسباب النخاع الشوكي وبالجمله فالالتهاب العصبي ليس من التغيرات القاررة الواصفة للتيتنوس

الجرى وقد ينشأ التيتنوس تبعاً للعلم (بشديكت) بالكيفية الالئية
وهي ان التهيح الدائري يحدث بطريق الانعكاس نوع تشنج وعائى في
الاعضاء العصبية المركزية تنشأ عنه اضطرابات دورية واحتقانات
بل والتهابات في تلك الاعضاء فيما اذا لم يطر الموت بسرعة ومع ذلك فليست
جميع أشكال التيتنوس تنشأ عن امتداد تهيج مرضى الى النخاع الشوكى
بواسطة السبل العصبية المركزية بمعنى ان التهيج يمتد الى جوهره للسجاني
المنوط بتوصيل الافعال الانعكاسية بل ان هذا التهيج قد يصيب الجوهر
السجاني بلا واسطة كما يحصل في حالة ارتجاج النخاع عند السقوط على
الرأس أو الظهر ولا سيما في حالة التيتنوس التسممى فان التجارب المفعولة
في الحيوانات استنبط منها أنه في هذه الحالة لا توجد قابلية تنبيه في اعصاب
الحسن والحركة بل ان السم أثر بلا واسطة في الجوهر السجاني من النخاع
بواسطة الدم

ثم ان التيتنوس مرض نادر وانما يكثر حصوله في المناطق الحارة جداً
لا سيما عند ذوى اللون الاسمر والاسود والاسباب الاعتيادية للتيتنوس
هي الجروح وهي وان اختلف نوعا ومجسما يمكن أن يعقبها هذا المرض
لكن يتندر اصحاب الجروح البسيطة القطعية به دون الجروح المزقية
والرضية والوخزية والجروح المصحوبة بوجود اجسام غريبة فيها وجروح
الاسلحة النارية والحرق ويكثر حصوله ايضا عقب جروح في الاطراف
لا سيما الارجل والايدي دون باقي أجزاء الجسم

و يصاحب الجروح الواسعة كالناتجة عن الوخز بشظايا جرتبة أو بالاطراف
مثلاً بخلاف العظيمة والبتر والكسور ونحو ذلك وزيادة عما ذكر توجد
أحوال شرجها في العصر الاخير المسمى (چونمن) فيها لم يوجد مع التيتنوس
أدنى اصابة جرحية ظاهرة وفيها يظن ولا بد بوجود ارتجاج في المراكز
العصبية وبالجملة قد نشوه هذا ظهور هذا المرض أحيانا عقب اصابات
مرضية باطنية كالوضع وبعض الالتهابات البليورواوية النضجية
والرئوية المزمنة المصلى الحاد المصحوب بالتهاب تامورى بل قد ذكر أنه شوهد
عقب التهيج الناشئ عن الديدان المعوية وبعض من احوال التيتنوس

التي يظهر فيها ان منشأ هذا المرض مبهم بالسكينة (المعروف بالتيتنوس
الذاتي) يظهر ان ينبوعه متعلق ببعض هذه المهيئات الباطنية الخفية
أو بالاصابات الجرحية الظاهرية الواهية جدا
والتيتنوس قد يظهر بشرة بعد حصول الاصابة الجرحية لكن الغالب
حصوله بعد عدة ايام حالة كون الجرح اخذ في الالتحام وفي بعض الاحوال
الاستثنائية قد يحصل بعد مضي عدة اسابيع عقب التهام الجرح والامر
المعلوم من ان التيتنوس ينضم بكثرة لبعض الجروح خصوصا في زمن الحرارة
يستتبط منه ان هناك بعض مؤثرات ظاهرة تساعد في حصوله كتأثير
البرد والرطوبة في الجرح وحين واهمال حالة جرحهم أو معالجتها بما لا يفي
لأثره أو بالانفعالات النفسية

ومن قبيل التيتنوس الجرحي يعتبر الكزاز والتيتنوس الحاصل عند
المولودين جديدا قبل التثام جرح الصرة نحو انتهاء الاسبوع الاول او في
أثناء الاسبوع الثاني والذي يشاهد عقب الختان وكذا الذي يشاهد بندرة
بدون جرح عندهم وكون ظهور التيتنوس في المولودين جديدا يتعلق زيادة
عن وجود جرح عندهم بمؤثرات اخرى مساعدة على ظهوره كالهواء الغير
الجيد لمسكن الاطفال والمباشرة في بعض البيوت وانخفاض درجة حرارة
الجو وارتفاعها جدا (او الحمام الساخن جدا) يتضح من الامر المعاموم
وهو ان التيتنوس في المولودين جديدا قد يحصل بكيفية منتشرة وبائية في
بعض البقاع أو المساكن غير المتجددة الهواء ومارسات الولادة ونحو ذلك
وفي بعض الاحوال قد لا يوجد عند المصاب بالتيتنوس أدنى اصابة موضعية
أو جرحية لكن المرض فيها يكون قد تعرض لتأثير البرد بكيفية متفاوتة
الوضوح (كالنوم على الارض الرطبة والبلل ونحو ذلك) فيكون المحدث
لهذا المرض حينئذ هو تأثير البرد (وهذا هو المعروف بالتيتنوس الروماتزمي)
وكيفية حصول ذلك منبهة علينا لحصول غيره من الامراض المتعلقة
بتأثير البرد ومع ذلك فمن الجائز اعتبار التيتنوس خطارا وما تزمي في أسوال
توجد فيهما ولا بد اصابة باطنية جرحية خفية أثرت تأثيرا هيجانيا في بعض
السبل العصبية المركزية

وهناك جواهر رسمية كالطيباين المحتوى عليه الافيون والبيكرطوكسين
والقهوين والبروسين والامتر كينين ذوات خواص موقظة ومنبهة للفعل
المنعكس من النخاع الشوكي بحيث ان المهيئات الواهية يعقب تأثيرها
تقلصات عضلية تيتنوسية (وهذا هو المسمى بالتيتنوس التعمى
او الاستر كيني)

ثم ان التيتنوس يظهر في سن الطفولية والبلوغ كما يظهر عند الكهول
لمكن حصوله عند الشبان اكثر منه عند غيرهم ويكثر ظهوره عند الشبان
الفعله ايضا زيادة من الشيوخ الضعفاء البنية وعند الرجال عن النساء

الاعراض والسير

التيتنوس يظهر في معظم الاحوال ظهورا تدريجيا فالظواهر الابتدائية
تكون عبارة عن جسادة وانجذاب في القفا بحيث ان هذا المرض لا يندر
اعتباره ابتداء واما ترمي عضلات القفا ثم يحصل عسر في حركات الفك
السفلى واللسان وتعر في التكلم والازدراد بحيث يظن خطأ احسانا ان
المرض مصاب بذبحة الى أن يتضح تشنج العضلات المضغية فيحصل انفتاح
غير تام ثم يتعذر بالكلية (وهذا ما يسمى بالكزاز) ويزداد تشنج
البلعوم فيتعذر الازدراد ويزداد التوتر التشنجي في عضلات القفا فينجذب
الرأس الى الخلف ويحصل تغير مخصوص في السحنة بسبب اشتراك عضلات
الوجه فتكون الجبهة والحاجبان مثنية والابصار شاحصة وتنجذب
الشفتان فتنباعد عن الاسنان المنطبقة على بعضها بقوة فتصير رقعة الغم
منجذبة بالعرض كحالة الضحك (وهذا ما يسمى بالضحك المر دوى)
فقطبا باذكرناه يبتدى ولا بد التريج المرضى في الجوهر السنجابي من النخاع
المستطيل (ما عدا بعض استثناءات) اعنى في نوايات العصب الوجهي
والتوهمى الثلاث المحرك والعصب تحت اللسان والعصب اللساني البلعومي
والاضافي لولس ثم تد التريج من دماغنا حوالا سفلى الى النخاع الشوكي فينتشر
التشنج الى عضلات الجذع وحيث تد عضلات الصدر والبطن المتصلة
تقلصا تاما صلبا تعوق حركات التنفس سيما مدة النبوة لكن الغالب أن

تكون العضلات الياسطة لا تظهر هي الا كثر مضايبا بحيث ان في أشد درجة ارتقاء هذا المرض يكون العمود الفقري مضويا الى الامام والرأس منحنيا بل الى الخلف (وهذا ما يسمى بالابستوتنوس) اي الخلفي وهذا الانحناء يرتقي جدا في أثناء نوب التشنج وفي أثناء ذلك تكون الاطراف السفلى متمددة تمسدا صلبا وقد يشاهد بدرجة ارتقاء التشنج في العضلات المقدمة من الجذع بحيث يتقوس العمود الفقري في اتجاه مخالف لما تقدم (وهذا ما يسمى بالايبرستوتنوس) اي المقدم أو ان التشنج يكون بنسبة واحدة في العضلات المقدمة والخلفية من الجذع فيصير الجسم في حالة انسياط مستقيم صلب (وهذا ما يسمى بالارتوتونوس) اي المستقيم وأما انحناء الجسم الى احدى الجهتين المعبر عنه بالبليرو توتونوس اي الجانبي فالظاهر انه يتعلق بالحالة النادرة جدا التي فيها يكون التشنج التيتنوسي جانبيا بمعنى ان الاصابة تكون قاصرة على الجوهر السنجابي من النخاع الشوكي في احدى الجهتين وأما الاطراف فيقل اصابتها ابتداء بالتشنج بل ان الساعدين واليدين تكاد تبقى مصونة سيما عند البالغين ومعرفة ذلك مهمة بالنسبة لتمييز التيتنوس عن غيره من أشكال التشنجات المستمرة كالتشنجات العامة والنسوب التيتنوسية تصطبغ بالآلام تشابه آلام تشنج سمانة الساقين وقد نشد جدا بحيث يصبح المريض من شدتها وفي ابتداء هذا المرض لا تطرأ النوب من ذاتها لكنها تحصل بادنى سبب فكما ان الضفدع المدحوم بالاستركينين يقع في تشنجات تيتنوسية بمجرد الدق على الطريرة التي عليها مثلا فكذلك يمكن أقل مسلامسة للجلد أو تيار الهواء أو ارتجاج القراش أو دق الباب أو أي حركة نفعلها المريض كحركة المضغ والازدراء بل مجرد تصور هائي احداث نوبة جديدة وكل من تعذر الازدراء وظهور نوب التشنج كلما يراد اطفاء العطش بدل على نوع مماثل بين التيتنوس وداء الكلب ومدة نوب هذا المرض هي وكثرة تردها قد تستمر في الابتداء بعض دقائق ثم عند ارتقاء المرض الى أشد الدرجات تستمر من ربع ساعة الى ساعة قبل أن يحصل الانحطاط وهذا المرض المهول لا يحدث اضطرابا في الادراك ولا الحواس بل تستمر غير متكلنة الى قبيل الانتهاء المحزن ويتغطى الجلد بالعرق كما في

غير هذا المرض من المجهودات العضلية القوية والنقص يكون ابتداء
سريريا في أثناء النوب فقط لكنه نحو انتهائه يكون كثير السرعة
والصغر وغير منتظم ولا توجد حتى غالباً ما يمكن هناك مضاعفة جرحية
وان وجدت فتكون مساء بدرجة خفيفة وما ينبغي التيقظ له حصول
ارتفاع عظيم في درجة الحرارة قبل طرؤ الموت بقليل كما اثبتته (وندرلش)
وقد وصل هذا الارتفاع الذي شاهدته في حالة الى ٤٤ مئيتية بل وزادت
بعض خطوط بعد طرؤ الموت وهذا الارتفاع لا يمكن توجيهاه بقلة
تولد الحرارة الناتجة عن ازدياد المجهود العضلي فان مثل هذا الارتفاع
في الحرارة قد يشاهد في احوال جرحية في النخاع الشوكي العنقي وغيره من
امراض الدماغ والنخاع وسبب ذلك ولا بد هو اضطراب المراكز العصبية
المنوطة بتنظيم الحرارة

وفي الغالب يكون البول قليلاً عكراً بسبب عسر الشرب وغزارة العرق وقد
يكون محتوي على زلال ويحصل امساك ويشعر النوم الذي يقنأه المرضى
وتسكاب دمشق كلية من تعسر التنفس وذلك انما يشيع عن تشنج المزمار لكن
معظمه ناشئ عن تشنج عضلات الصدر تشنج يجعل هذا التجويق في وضع
شعيق وعن تشنج في الحجاب الحاجز به فيجذب الى اسفل بحيث يعقب ذلك
ضجر الاختناق السريع لكن أغلب المرضى لا تنبض في حياته بسرعة بل ان
نوب التشنج المصهوبة بالالام الشديدة وضجر الاختناق تتكرر رجلة مرات
في النهار ويكثر ترددها وتستطيل مدتها وتقل الفترات بينها وتصير غير متامة
الى ان يقع المريض في خدر التعمم بمحض الكربون الناتج عن التنفس غير
اتمام في اليوم الرابع أو السادس وانه يعقب ارتفاع الحرارة العظيم جداً
وازداد الفعل المنعكس ازدياداً مستمر اشمل في النخاع ومن النادر ان يستمر
هذا المرض جلة اسابيع الى ان تنتهي به حياة المريض بسبب انهموكة والجوع
الناتجين عن تعذر تعاطي المطعومات واما الانتهاء بالشفاء فقد يحصل في نحو
العشر الى العشرين حالة من المائة ولو ان التقاويم الطبيعية في ذلك ليست
أكيدة ولا يغتر الطبيب بالفترات الطويلة احياناً ولو تمتعت المرضى فيها بنوم
مع الهدوء فان التشنج بطراً أعقب تلك الفترات بشدة عظيمة وانما ان قصرت

مدة الفترات وقل ترددها وحصل في اثنتائها استرخاء واضح في العضلات المتقلصة وامكن المرضى تناول المطعومات والمشروبات يرجى حصول الشفاء ومع ذلك فحصوله بطيء للغاية ولو في الاحوال الحميدة فقد تضي عدة اسابيع الى ان يزول تور العضلات بالسكينة ويتم الشفاء ويعتبر من الامور الدالة على حميد الانذار كل من قلة امتداد التشنج واقتصاره على الكزاز وتقلص عضلات القفا وقلة ارتفاع درجة الحرارة وبطء السير وامتداده الى الاسبوع الثاني مع سن الشبوية والطفولية ويعتبر انذار التيتنوس الروماتزمي اكثر جودة من التيتنوس الجرثومي ولولم يكن ذلك على العموم ويظهر ان الاحوال الجرثومية التي يتأخر ظهور التيتنوس فيها بعد الاصابة الجرثومية بزمن طويل تكون اشد عاقبة من التي يظهر فيها التيتنوس عقب الاصابة الجرثومية حالا أو بعدها بنحو عشرة ايام

واما تيتنوس المولودين جديدا فان شكله يتنوع قليلا بحسب الحالة الشخصية الطفولية اذ ان هجوم هذا المرض عندهم يسبق بطواهر مرضية غير واضحة فالطفل يصبح في نومه وتغير هيأته ويترك الثدي بسرعة ولا ثمة ينضج ابتداء كون الطفل لا يمكنه اذخال حلبة الثدي أو الاصبع في الفم والفكان يكونان متباعدين عن بعضهما بعض خطاوط الا أنه يتعذر تبعيدهما عن بعضهما ما زياذة والعضلات المضغية تكون حويات صلبة وعضلات الوجه تكون منقبضة انقباضا تشنجيا والجمجمة مثنية والحاجبان منقبضين ومحاطين بشذات متقاربة من بعضهما نحو المركز وجناحا الانقب يكونان مرتفعين والشفتان منقبضتين ومسدديتين على هيئة الخرطوم والاسان منحصر بين الفكين وفي الغالب يبقى التيتنوس عندهم قاصرا على حالة الكزاز ومع ذلك فقد يعم جميع عضلات الجسم ويصطحب بتقلص في عضلات الجذع وتقوس العمود الفقري الى الامام والاطراف كذلك يعمها التشنج في هذا الشكل من التيتنوس زيادة عن غيره من الاشكال وانذار تيتنوس المولودين جديدا خطر للغاية فقد يطرأ الموت عادة في اليوم الاول او الثالث عقب الانحطاط المريع ومع ذلك فقد شوهدت حوالا انتهت بالشفاء

في المعالجة

حيث ان معالجة التيتنوس مشكوك في نجاحها فينبغي ولا بد الاجتهاد في تجنب ظهور هذا المرض عند الجرحين باستعمال معالجة لا ثقة بحالة الجروح (بواسطة الاربطة الجسدة والاجتهاد في سهولة سيلان الافراز الجرحي نحو ذلك) وكذا تجنب تأثير البرد والمساك الجسمية والانفعالات النفسية وقد تيسر في بعض الاحوال باتمام ما تستدعيه الدلالة السببية منع حصول هذا المرض وذلك بواسطة استخراج الجسم الغريب من الجرح وقطع العصب المتنجس وتغيير الكسور وحل رباط الاوعية واما بتر الطرف المخير فلا يترتب عليه طبة التجارب ايقاف التيتنوس بعد حصوله

ثم ان عدم اعتدال الامور المعالوم من ان بعض احوال الكزاز والتيتنوس غير التامة قد تشفى من ذاتها اذى للوقوع في خطأ عظيم بالنسبة لتأثير بعض الوسايط العلاجية ومنفعتها ولا تلم يبق جسد ابن الاطباء الامن حيثية البعض منها فقط فمثلا ~~ككون~~ الحقن بالمورفين تحت الجلد مع ازدياد مقداره بالتدريج (الى ثلاثة سنجرام وازيد) بقرب الجرح له منفعة زيادة عن كونه ملطفا ومسكنا للآلام والتشنج امر لم يتفق عليه الى الآن والافيون يستعمل بكثرة من الياطين ~~ك~~ بواسطة مسكنة مخدرة لكن ينبغي استعماله بمقدار عظيم جدا (من ٥ سنجرام الى ١٠ سنجرام بل وازيد كل ساعة) للحصول على هذه الغاية وهذا المقدار زعمنا ينتج عنه ضرر وكذا استعمال الحقن تحت الجلد بالأتروبين قد تحصل منه على الشفاء احيانا لكن احوال عدم النجاح كثيرة والمستعمل الآن بكثرة كواسطة مخدرة ملطقة هو الكورال الايدراقي بمقادير عظيمة جدا وينسب اليه تأثير شاف اقله في الاحوال الحقيقية واما السكلوز وفورم فمما تأثيره وقى بحيث لا يجوز حفظ المرفعى في خدر كلور فورمى حفظا مستمرا ونوصى باجراء التجارب في استعمال بزومورال بوتاسيوم بمقادير عظيمة جدا (من ١٥ الى ١٨ جرام كل يوم) وذلك لان له تأثيرا ملطفا في اطفاء قابلية تثبيته الفعل المنعكس وقد استبان من عدة مشاهدات ان استعمال الكورارحنا تحت الجلد يحصل انحطاط في التشخيصات التيتنوسية واسترخاء

في العضلات المتوردة وطبقا لتجارب كل من الطبيب ديم وبوش وغيرهما
 يكون عدد الاحوال التي شفيت بالمعالجة بهذا الجوهر الدوائى اكثر من غيرها
 والحقن تحت الجلد بالكورار يوافق احوال التيتنوس الجرحى والروماتزمى
 والتيتنوس الاستركنينى ومع ذلك فلا يخلو عن الخطر ولذا ينبغي الابتداء
 بمقادير صغيرة جدا (من ٧ ملليجرام الى ١٥ مللى) ثم يرتقى تدريجا
 الى مقادير عظيمة (من ٣ سنتجرام الى ٧ سنقى) وقد اوصى الطبيب
 ديم باستعمال محلول من ١٢ سنتجرام على ٢٠٠ نقطة من الماء والحقن
 بعشر نقط منه ويبدأ بذلك من ابتداء المرض والتأثير البين لهذا الجوهر
 الدوائى يتضح في التشنجات والنبض عقب دقائق قليلة ومع ذلك لا ينبغي
 تكرار الحقن به الا بعد ثلاث ساعات اواربعه الى أن يزول تأثيره وكذا قد
 استعملت خلاصة السكلابار المطفة لقابلية التنبيه المتعكس المتزايدة
 واستعمالها يكون ايضا بالحقن تحت الجلد (من ٣ سنتجرام الى ٧ سنقى)
 ويكرر بحلة مرار في النهار وقد اختلفت الاراء بالنسبة لمنفعة تأثير التيار
 الكهربائى في التيتنوس وعدمها وقد استعمل الطبيب (مندل) التيار
 الكهربائى المستمر في بعض الاحوال مع النجاح بوضع القطب السلبى على
 العمود الفقري العنقى والقطب الموجب على الطرف العلوى أو السفلى
 ويسلط تيار خفيف مدة عشر دقائق أو ١٥ والاسترخاء العضلى الناتج عن
 ذلك قبل انه يحصل بعد جولة جلسات وعندما يكون فعل الازدرادة مذكرا
 يجوز ادخال الاغذية والادوية بواسطة المحض المرئى امامن الفم والانف
 او بواسطة الحقن من المستقيم

﴿المبحث الرابع فى الاكلام بسبب الطفلية﴾

«المعرفة بتشجات الاطفال»

﴿وتسميها العوام بالقرينة﴾

﴿تنبيه﴾ من حيث ان الاكلام بسبب النفاسية واكلام بسبب الحوامل
 يشغلان غالباً بتغيرات مرضية فى الرحم المحتوى على الجنين أو بتغيرات
 فى المشيمة عقب الوضع أو بتغيرات أخرى تحصل وقت الحمل أو النفاس

فلا تعرض لها هنا كما انشأنا تعرض لكل من أمراض الرحم والمبيضين
والهبل المتعلقة بحالة الجلل والنفاثين

في كيفية الظهور والاسباب

قد ذكرنا فيما تقدم ان الاكلاميسيا العاطفية عبارة عن صرع حاد فانه في
انشاء نوب هذا المرض تحصل تشنجات مرتبطة بفقد الادراك لكن هذه
النوب لم تتردد أشهراً وسنين في فترات متفاوتة كما في الصرع بل تكون
قاصرة على بعض اليلاعات أو الايام وتنتهي بعد هذا الزمن اما بالشفاء
أو بالموت وكيفية حصول نوب الاكلاميسيا يقال فيها ما قيل في كيفية
حصول النوب الصرعية فالتساطابق لما ذكرناه سابقاً يعتبر من الثابت
بالنسبة للاكلاميسيا ان التنبيه المرضي للاعصاب المحركة الذي
يتضح على هيئة التشنجات يتم بواسطة النخاع المستطيل والاجزاء السكائنة
في قاعدة الدماغ كما وانه يظهر من الثابت ايضا ان عين الاسباب التي يعقبها
حالة تهيجية اعتيادية في النخاع المستطيل وصرع هي التي كثيرا ما ينتج عنها
فحش الطفولية حالة تهيجية وقتية حادة في النخاع المستطيل وتشنجات
تبع لذلك ومن هذه الاموز السببية نذكر أولا انيميا الدماغ فان الحيوانات
التي جرب فيها كل من المعلم (كوسمول وتينسير) هلك في الحقيقة
بالاكلاميسيا الا بالصرع كما وانه من الثابت ايضا ان الاحتمقانات
تحدث أحوال تهيجية حادة في النخاع المستطيل ونوب الاكلاميسيا وقد
يحصل ذلك من اختلاط الدم بعناصر غريبة وذلك يثبت من حصول
التشنجات التي تنتهي بالموت بسرعة أحيانا عقب التسمم الهولي أو التسمم
بجواهر مخدرة ومن هذا القليل التشنجات التي تحصل عند الاطفال بكثرة
وتكون ناشئة عن تسمم الدم بالاصل الميازمي كالتشنجات التي تصعب
ظهور القرصية والجصبة والجدرى وكالتشنجات التي تصاحب الحميات
الشديدة والتي لا يندر أن تصاحب التهابات الرئوية وغيرها من الأمراض
الالتهابية الحادة

واما نوب التشنجات التي تنشأ عن أمراض في الدماغ والنخاع الشوكي
وتشابه في كيفية حصولها اشكال الصرع الناشئة عن أمراض مزمنة

في الدماغ او الخناخ الشوكي لا تغتبر عادة من الاكلام مبسبيا بل تعتبر شيكلا
عرضيا من التشنجات فتتميز عن الاكلام مبسبيا بالمعنى الحقيقي

واما نوب التشنجات التي تنشأ عن تخرج العقد العصبية الدماغية كما يحصل
ذلك من الرعب الشديد او غيره من الانفعالات النفسية وامتداد هذا التخرج
الى الخناخ المستطيل منها فتعتبر من الاكلام مبسبيا الحقيقية وبالجملة فان
أغلب حصول الاحوال التهيجية المرضية الوقية في الخناخ المستطيل
يكون ناشئا عن امتداد تخرج واقع على الاعصاب الحاذية كما يحصل
ذلك من امراض الاعضاء المتعددة لكن الواقع هنا لا يكون ناشئا عن
اورام عصبية ولا غير هامن الاورام والنسب الاتهامية كما هو الواقع في
الضرب بل الغالب أن يكون حصول الاكلام مبسبيا ناشئا عن تهيجات في
الانها آت الدائرية للاعصاب المنتوزة في الاعضاء المختلفة فتند الى الخناخ
المستطيل وتؤثر فيه ومن هذا القبيل تعتبر تشنجات التسنين والتشنجات
اليدانية والتشنجات التي تحصل من احداث جرحية مؤلة في الجلد

وكان الفعل المضاد للنصفين الكريين والاجزاء القاعذية من الدماغ
مجهول علمنا في الاكلام مبسبيا فليس عندنا قدرة على توجيه اصطحاب
التشنجات بفقد الادراك

واما ما يخص الاسباب فنذكر انه في الزمن الذي لم يحصل فيه الاحوال التهيجية
الاعتيادية من الخناخ المستطيل الانادرا يكون الاستعداد للاحوال
التهيجية الطامة فيه كبير اجدا فان الاطفال في الاثمن الاول من الحياة
والمولودين حديثا الذين ينسدر فيهم الصرع بالكلية يضابون بكثرة
بالاكلام مبسبيا وينتد حصول هذا المرض بعد التسنين الاول ويكون نادرا
جدا بعد التسنين الثاني وقد يكون الاستعداد لهذا المرض وراثيا فتصاب
غالباجمع الاطفال من عائلة واحدة بالاكلام مبسبيا ولا تعلم الاحوال المرضية
من الابوين التي فيها يحصل الاستعداد للاصابة بالاكلام مبسبيا عند الاطفال
فان هذا المرض كما يشاهد عند الاطفال الاقوياء الدمويين يشاهد أيضا
عند الاطفال ذوات البنية الضعيفة الانماويين ويظهر ان الاستعداد
للاصابة بهذا المرض عند الذكور من الاطفال اكثر منه في البنات ويغمد من

الاسباب المتعممة لهذا المرض خلا لما ذكر في كيفية الحصول تعاطى اللبن بعد وقوع غضب شديد عند الام أو المرضعة حالا ولذا لا ينبغي رفض هذا الرأي مهما كان توجيهه عمرا فتتبع العادة القديمة بأنه لا يعطى الطفل الثدي حال غضب الام غضبا شديدا الا بعد عصره واستفراغه اول مرة وتسكين غضبها

في الاعراض والسير

اشكال الاكلام مبسما التي كثيرا ما تظهر في سن الطفولية كعرض سابق في الامراض الطفعية والالتهابات الرئوية وغيرها من الامراض الالتهابية بدلا عن القشعريرة هي التي كثيرا ما تظهر فجأة وبدون اعراض سابقة وأما غيرها من اشكال الاكلام مبسما فان نوبتها تسبق غالباً بظواهر مقدمة فالاطفال يكون نومهم مضطربا ولا يخلقون أعينهم غلقا تاما ويحبذ فيهم زمنا قزما ويحصل عندهم صكك في الاسنان ويتزججون بمجرد اللس ويشاهدوا يقطعة فيهم تغير في الهيئة والخلق فيغضبون بسرعة ولا يكون لهم ميل للعب ويكون كثيرا وتغير أوانهم في كل وقت

وأما شرح النوبة الاكلام مبسمة فطابق بالكلام اشرح النوبة الصرعية فيظهر عادة في ابتداء هذا المرض النوبة التشنجية الطفولية بتشنجات مستمرة في اثنائها يجذب كل من الرأس والجسم الى الخلف وتتمد الاطراف وتدور الاعمى وتقف الحركات التنفسية ثم تبدئ التشنجات المتعاقبة التي تنتشر في عضلات الوجه والجذع والاطراف وبذلك يقع الجسم جريا في حركات تشنجية متعاقبة ويندر أن يكون ذلك قاصرا على نصف الجسم وشدة التشنجات في هذا المرض تشابه شدتها في الصرع ايضا وفي اثنائها يحمر الوجه ويصير سينا فوزيا خفيفا ويرز الزبد من بين الشفتين وينغلى الجلد بالعرق ويتمدد البطن بسبب دخول الهواء ويحصل عرق عظيم في التنفس ويصير النبض صغيرا متوترا ويفقد الادراك بالكليّة ومع فقدته تطفئ الحساسية بالمنبهات السديدة جدا وهذه النوبة يندر أن تمضي بسرعة مثل النوبة الصرعية بل الغالب استمرارها نحو ربع ساعة أو نصف ساعة أو طول من ذلك ولذا كثيرا ما يرى الطبيب المشتغل

بالطبيب المعلى نوب الاكلامبسيا ويندر مشاهدته لنوب المصراع فان
 النوبة الاولى تستمر عادة الى حين وصوله للرخص وأما الثانية فانها
 تزول عادة قبل وصول الطبيب وقد شاهدنا من مندسين طفلا معه نوبة
 تشنجية اكلامبسية استمرت نحو الاربع وعشرين ساعة ولومع فترات
 قليلة والعادة أن تنتهي النوبة التشنجية الاكلامبسية برفير مستطيل تنهدى
 أوبا لتبرز الزير ويندر حصول ذلك فجأة في أثناء ارتقاء النوبة الى أشد
 درجاتها بل الغالب حصوله بعد انحطاطها شيئا فشيئا ثم يقع الطفل في نوم
 عميق وان عاد الطبيب الطفل في اليوم التالي صباحا يجده كأن لم يكن به شيء
 بل مستغلا بالامع ومن النادر أن يقتصر الحال على نوبة واحدة بل الغالب
 حصول نوب متوالية ويظن حصول النوبة ثانيا ان لم يكن نوم الطفل الذي
 وقع فيه يعذر وال تشنجات غير عميق بل يكون في حالة قلق وعنده اصطكاك
 في الاسنان واعتقالات عضلية جزئية في الاطراف والنوب التالية لذلك
 تشابه بالكلية النوبة التي سبق شرحها ولا تختلف عنها الا بشدة امدها
 وكثير من الاطفال لم يحصل لهم نوبة اكلامبسية الا مرة واحدة وعند آخرين
 تتردد تلك النوبة زمنا قريبا وكما كانت المؤثرات المضرة المحدثه لتكرار
 تلك النوبة غير معلومة قرب الظن بان النوبة نوبة صرعية لا نوبة اكلامبسية
 وأما الاحوال التي فيها تكون الاسباب الممنعة لتكرار النوبة قليلة الواضح
 ففيها يبقى الشك بان كانت النوبة صرعية او اكلامبسية وعلى العموم لا يمكن
 من اول مرة الحكم بان كانت النوبة صرعية او اكلامبسية وذلك لان
 الاسباب الممنعة لحصول النوبة تختفي علينا غالبا وقد يحصل الموت في
 أثناء النوبة بسبب عوق التنفس وانشجان الدم بجمض الكريونيك
 كما انه يحصل عقب زوال النوبة اعشى في أثناء الحالة الكوماوية عقب
 الانحطاط السكالي والاكلامبسية في الاشهر الاول من الحياة من ضمن خطر
 للغاية فان أغلب الاطفال المصابين به يهلكون وأما الاطفال المتقدمون
 في السن فيكون انتهاءه فيهم جيدا غالبا واما هلاك كثير من المرضى سواء
 كانوا في سن الطفولية او في الاطوار المتأخرة من الحياة متى ظهر عندهم
 نوب تشنجات مصحوبة بفقد الادراك في أثناء سير الامراض الدماغية

أو النخاعية الشوكية الخائفة فهذا أمر واضح ومع ذلك فلا يقال إن هلاك
مثل هؤلاء الأشخاص حصل من الاكلامبسيا وعين هذا يقال في الامراض
الناسخة من الاكلامبسيا فان نوب هذا المرض ان اعقبت بالبله والشلل
أو الحول أو غيرهما من الاضطرابات الثقيلة كان هذا ولا بد دليلا
قطعا على ان النوب تعلق باضطرابات غذائية في الاعضاء العصبية
المركزية

المعالجة

من الامور العشرة بل المتعددة غالباً الحكم في كل حالة تراهنه عند طفل
مصاب بفقد الادراك مصحوب بنوبة تشنجية ان كان هذا ناتجاً عن احتقان
الدماغ أو قلة الدم فيه أو كان هناك اضطراب آخر في دورة الدماغ نتج عنه ذلك
ولذا كان من الجيد التسك بالامراض الاخرى وهو انه ان كان الطفل المصاب
متمتعاً في السابق بصحة جيدة وكان حالته يتتبعه قوياً قديمية أن يستعمل له
حقنة من كبريت من جرم من الحسل وثلاثة أجزاء من الماء البارد وتقطيعة
رأسه بالوضعيات الباردة أو الجليدية وان لم تزل التشنجات عقب استعمال
ذلك ينبغي ان يوصى له بإرسال حلق خليف الرأس بكمية مناسبة لجسمه ليتبعه
وسنة ولا يمكن ان يعطى له جواهر ذواتية معدة النوبة لكن عقير زوالها
ينبغي عند الحثوف من تردها ان يعطى له قسط من كبريت من الزئبق الحلو
والجلبنة او يعطى بعض مقادير صغيرة من الزئبق الحلو وزهر الخارصين
واما ان كان الطفل ضعيف البنية ومتهوكاً من حالة مرضية مستطيلة فينبغي
ان يعطى له حقن من منقوع البابونج او الورايا مع بعض نقط من صبرة
الكاسينور يوم فان لم تنجح هذه الواسطة يستعمل له حقن من مستحلب
الجلبنة من ٥ ديسجرام الى واحد جرام على ١٠٠ جزء من المستحلب
(اعني من نصف جرام الى جرام على ست اواق من الماء) وتوضع الضمادات
الحرارية على الساقين وتستعمل كذلك حمام فاتر وعندما تزل النوبة
بالكلية يمكن استعمال طرق علاجية أخرى ومن المعلوم أنه بقطع النظر
عن الاحوال التي فيها تكون الاكلامبسيا عرضاً لمرض في الدماغ او ناتجة
عن التسمم البولي أو عرضاً ابتدائياً لمرض حاد يكون من المهم معرفة الحكم

على قسم المجموع العصبى الواصل منه التمتع المرضى الى الخاف المستطيل
اذ بهذا الحكم يتعاقب نوع المعالجة بان كان الواجب اعطاء مسهل او مقى
او جوه مصاد للخمر المهدى أو طارد للذود أو بان كان يجب استعمال
طريقة علاجية أخرى كشق اللثة أو اخراج جهم غريب او تنقيص ذرجة
حرارة الجسم ونحو ذلك واما اعطاء كل طفل حصلت عنده نوبة كلاميسيا
الزئبق الحار بمقدار مهل ثم الزئبق الحار مع زهر الخارصين بمقادير صغيرة
لاجل تجنب عودها ثانيا فأمرا لنوصي به على الدوام وان أعقبت النوبة
بجالة كوماوية ثقيلة وجب استعمال النطولات الباردة وان أعقبت بجالة
انحطاط خطيرة وجب اعطاء المنبهات كالتيبيذ والكافور والمسك واستعمال
المحولات على الجلد والحمامات الفارزة ونحو ذلك وفي العصر المشيد
استعمل بكثرة في هذا الداء كل من الكلورال الايزراق من ١٥ - ٢٠ الى
١٥ - ٢٠ (اعنى من قعة الى ثلاثة كل ثلاث ساعات) على حسب سن
الطفل ويزومور البوتاسيوم المهدوح في الصرع ويمكن استعمال كل من
هذين الجوهرين على شكل حقن

المبحث الخامس

(في الاستريا)

(وتسمى عند القدمين من الاطباء بالاختناق الرسمى)

الاستريا لا يمكن ادخالها تحت نوع مخصوص من الامراض العقلية
كما أجزنا ذلك في الصرع والا كلاميسيا الطفلية فانه يكاد يوجد
دائما في هذا المرض المختلف الاشكال اضطرابات في الحس والحسركة
والوظائف العقلية وفي المجموع العصبى الوعائى والمغذى في آن واحد
وتارة يتضح نوع من الاعراض وتارة أخرى يتضح الآخر ولا يشذران
يوجد ثوران وازدياد مرضى في قابلية تنبيه بعض اجزاء المجموع العصبى
يظهر على شكل ثوران في الاحساس أو تشنج ويكون ذلك مضاعفا فقد
أوتناقص مرضى في قابلية تنبيه بعض اجزاء أخرى من هذا المجموع
تظهر على شكل تناقص في الحس أو الشلل والى الآن لم يمكن الجواب
مغ التاكيد عن المسئلة المتعلقة بكون الاضطرابات العصبية العديدة

لاستريا (ولو كانت غير ناشئة عن تغيرات مادية في الاجزاء العصبية) مهددة للاعضاء العصبية المركزية والداثريّة منها فان معظم المرضى وان كان كثير الحساسية من المنبهات الظاهرية الا ان ذلك كما يمكن نسبته لثوران في قابلية تنبيه الاعصاب الداثريّة يمكن ايضا نسبته الى ثوران في قابلية تنبيه بعض اجزاء الدماغ التي اليها تنصل الاحساسات وتصير مدركة فيها والقول الاول يعترض عليه بعظم انتشار ثوران الحساسية وبالاضطراب الخاص في الوظائف العقلية والقول الثاني ينتقض بكون ثوران الحساسية المذكورة يكون مرتبطا بزيادة عظيم في الفعل المنعكس فان هذا الاخير لا يمكن أن يصدر الا عن ارتقاء في قابلية تنبيه الاعصاب الداثريّة او عن ارتقاء فيها وفي قابلية تنبيه العقد العصبية النخاعية الشوكية مما ولذا أن النظريات المأولة عليها في الاستريا هي ما قاله الطبيب (هيس) من أن ينبوع هذا المرض اضطراب غذائي في جميع المجموع العصبي دايريا كان أو مركزيا

والامر المعلوم من ان الاستريا مرض يكاد لا يوجد الا عند النساء خصوصا من ابتداء زمن البلوغ الى زمن انطفاء الوظائف التناسلية ادى القول بان الاستريا مرض في عموم المجموع العصبي ناشئ من تغير غذائي في أعصاب الاعضاء التناسلية وهذا التوجيه وان كان غير مطلق الا أنه يوافق معظم أحوال هذا المرض وقد تحقق لنا من الظواهر المرضية العديدة التي تكلمنا عليها في المباحث السابقة ان الاحوال المرضية للاعصاب المصابة كثيرا ما تمتد الى غيرها من الاعصاب أو الى الاعضاء العصبية المركزية ايضا فيجب علينا ان نقول حينئذ بطريقة المقارنة ان الاحوال المرضية لاعصاب الاعضاء التناسلية يمكن أن تنتشر في باقي اعصاب الجسم وتمتد اليها والى الاعضاء العصبية المركزية ايضا ويظهر ان الاضطرابات العصبية الحقيقية التي هي عبارة عن ثوران في الاحساس وازدياد في ظواهر الفعل المنعكس والاضطرابات العقلية التي تظهر في زمن الحيض عند كثير من النساء الاصحاء البنية متعلقة بتغيرات من هذا القبيل وتكون حينئذ مشابهة للاستريا الناشئة عن احوال مرضية في الاعضاء التناسلية وفي بعض احوال

الاستريا لا يشك في نوع هذا المنفعة وذلك ان ظهور الاستريا الواضحة عند امرأة سليمة البنية الى هذا الوقت أعني عقب الاجهاض أو الولادة العنيفة المتلوة بتغير التهاب في الرحم واستمرت الاستريا مادام تغير الرحم مستمرا وزالت متى يعم شفا المرض الرحي اذ من الواضح في هذه الحالة ان مرض الرحم هو المنبوع الوحيد في الاضطرابات العنصرية المنتشرة المتنوعة التي يعبر عنها بالاستريا وجميع امراض الرحم والمبيضين ليس لهما تأثير واحد في احداث الاستريا فاكثر حصول هذا المرض يكون اما من التهابات الرحم المزمنة ولا سيما من تقرحات فوهة وعلى الخصوص من احتقاناته وتسمياتاته ويندر أن تصاحب الاستريا الولادات المرضية الحبيثة والتغيرات المرضية المفسدة لهذا العضو وبالتسبب لاهراض المبيضين فان الاكياس الصغيرة الحجم المملئة بالسنان وشعر تحدث بالاستريا اكثر من الاكياس العظيمة -

ومن الجائز في بعض الاحوال ان التهيجات التناسلية كالتي تنبع من الجماع المتكرر أو تغير النام أو المعاق او عن مجرد الشهوات التناسلية تؤثر على المجموع العصبي بكيفية مشابهة لاهراض الرجمة الجوهرية السابق ذكرها لكن لا يجوز القول بنسبة جميع احوال الاستريا التي فيها لا يمكن اثبات وجود تغيرات جوهرية في الاعضاء التناسلية الى تهيج الشهوات التناسلية واحداثها بكيفية غير طبيعية فان القول بذلك يدل على عدم معرفة طبيعة النساء معرفة حقيقية ولذا ملنا القول بذلك في احوال عديدة لكن لا نعتقد ان جميع النساء الغريات والبنات الا بكبار العجائز في السن المصابات بالاستريا والغير المكابذات لاهراض جوهرية في الاعضاء التناسلية معتمدات ومتماديات على احداث الشهوات التناسلية الغير الطبيعية

وعند وجود استعداد واضح للاستريا يمكن أن ينشأ هذا المرض من اصابة مرضية في عضو آخر فقد شوهدت احوال واضحة منه عند البنات الشابات المصابات بامراض مزمنة في المعدة وكانت الوظائف التناسلية عندهن على حالتها الطبيعية

ولننضم الى رأى هـ الذى تكلم كلاما وافيا على اسباب الاستيزيا وذكر
 ان كثرة حصولها عند النساء الخاليات عن الاطفال والعزبات والابكار
 الطاعنات فى السن اللواتى من ذوات البيوت متعلق بمؤثرات نفسية لا
 طبيعية عضوية ومن المعلوم ان تأثير المؤثرات النفسية الشديدة ينضج
 فى عقل المجموع العصبى عند الاشخاص الاعضاء البنية الأتري ان
 بعض الاشخاص يحصل لهم من تأثير الرعب الشديد مثلاً حالة ارتعاد شديدة
 بحيث لا يتحصر ككون من محلهم وان بعضهم يقلص قبضة يده قابضا
 عليهم او بعض على شغية وبفعل حركات تنبيه ارادية ويكون عنده قلق وضجر
 عظيم ان يدون ان يكون ذلك متعلقا بفعل الارادة الأتري ايضا انه بتأثير
 الفرع الشديد أو تألم نفسى قوى قد يحصل فقد تام فى الاحسان وانه عقب
 الاشغال العقلية الشاقة لا يندر ان يشاهد حصول ثوران عقلى عظيم الأتري
 ايضا اتنا كثير اما شاهد بتأثير الانفعالات النفسية حالة تنبيه فى المجموع
 العصبى الوعائى الغذائى بحيث تحمر الوجنتان او تنفتح وتتكشم عضلات
 الجلد أو تسترخى بحيث يحصل ازدياد فى الافراز الدمغى والعلابى ومتى كانت
 هذه الاضطرابات العصبية المنتشرة ناتجة عن مؤثرات نفسية وقتية فن
 الواضح والقريب للعقل حصول اضطرابات عصبية مستمرة عند النساء
 اللاتى يشن من الحصول على اربهن ووقوعهن فى حالة اضطراب عصبى
 مستمر ونحن وان اعتبرنا بان الكيفية التى بها تحدث المؤثرات النفسية
 المستمرة تنوعا فى تغذية المجموع العصبى والاستيزيا غير واضحة التوجيه
 لا يجوز لنا أن نقول ان عندنا تحقيقا واضحا فى كيفية انتشار الحالة المرضية
 من الاعصاب التناسلية على باقى المجموع العصبى والاضطراب النفسى
 الذى يؤدى لحصول الاستيزيا لا يتعلق بالاحوال الخارجية للشخص بل
 من كيفية ادراكها وتصورها فان الامر المصادف لاحد الاشخاص ويمر عليه
 بدون ان يترك عنده اذى أثر قد يؤثر عند شخص آخر تأثيرا عميقا ويكون
 ينبوع الحزن مستطيل عنده فتتضم هذه الحبيشة الى ما ذكره (هـ) من ان
 الاستيزيا كما انها قد تنشأ عند امرأة من زواجها الرجل فاقد قوة الباه قد تنشأ
 ايضا عن الاحساس العميق الحزن الناتج عن التصور بان بعلمها ليس كفؤا لها

ولا اتمام ما تقتضيه مقاصدها ولو كانت قوة الباء عنده في الحالة الطبيعية
وعين الاضطرابات الغذائية انني تحصل في المجموع العصبي بواسطة امراض
اعضاء التناسل أو بواسطة اسباب نفسية يمكن حصولها بحالة غير طبيعية
في العناصر الغذائية والذي يدل على ذلك كثرة حصول الاستيريا في
أحوال الايدريما والخلوروز بدون وجود امراض في الاعضاء التناسلية
وتهيجات شهوية واعتماد على السهاق وعقب المؤثرات النفسية التي سبق
ذكرها

ثم ان الاستعداد للاصابة بالاستيريا كثير الانتشار ومع ذلك فهو مختلف
باختلاف الأشخاص فان الاستيريا لا تصيب جميع النساء المعترين التغيرات
رجعية مزمنة او سيلانات من هذا العضو وتفرح في عنقه كما انها لا تصيب
الابكار الطاعنات في السن الا اني يعتقد عدم اتمام واجباتهن في المعيشة
كما انها لا تعترى جميع البنات المصابات بالخلوروز ويندر أن تشاهد
ظواهر واضحة من الاستيريا عند البنات قبل سن ١٢ الى ١٥ سنة
كما ان هذا المرض نادر في سن الشيخوخة وكل من البنية والمزاج ليس له
تأثير واضح في ازيد الاستعداد للاصابة بهذا المرض وعكس ذلك يقال
بالنسبة لنوع المعيشة والتربية عند البنات فان له تأثيرا واضحا في
زيادة الاستعداد للاصابة بهذا المرض فان كانت البنات غير معتادات
على الحكم عليهن وكان الابون مهتمين باتمام جميع مقاصدهن ولو الواهية
وتركاهن يملكن انفسهن من البكاء والتقلب على الارض بأقل سبب وخشيا
من تربيتهن والحكم عليهن وتأديبين بل تركاهن لغضبهن فينشدا ليد
وان يكن عرضة فيما بعد للاصابة بالاستيريا فاننا قد ذكرنا فيما تقدم ان هذا
المرض لا يحصل بواسطة الامور الخارجية عن الشخص بل بالكيفية التي
تؤثر على عقله ولذا ينبغي تعود البنات على الشغل وحسن السير والحكم
عليهن كما انه يجتهد في منع البنات المراهقات من استغراق جميع التمارين
باشغال فكرية كقراءة كتب الغزل ونحوها مما يهيج قوة التصور بل يصير
تعودهن على الاشغال المنزلية الجسدية وبذلك يمكن تجنب حصول الاستيريا
فيما بعد عندهن

والاستير يا عند الرجال ظاهرة نادرة جدا ولذا يقال في مثل هذه الاحوال ان الاستعداد عندهم للاصابة بهذا المرض ناشئ من احوال شخصية تسكرية بمعنى ان هذا الاستعداد يتعلق عندهم بحالة تختل في الاحوال الواضحة من الاستير يا عند الرجال كانت الاشخاص المصابة ذوات منى وخصال مؤنثة وما هذا ذلك فانهم كانوا ممنوعين عن الاشغال الجنسية ومنهم مكن على التهيجات الشهوانية التناسلية او على جلد فيرة

﴿ الاعراض والسير ﴾

لا يمكن شرح الاستير يا شرعا عاما بسبب كثرة اختلاف اعراضها وتضاعفها العديد لبعضها ولذا انشأنا من هذه الحبيبة نسج وروح لشرح هذا المرض بطريقة عامة وشرح كل عرض على حدة فنقول

اما الاضطرابات الحسية فهي الظواهر المرضية الكثيرة الحاصل في هذا المرض وتكاد لا تفقد في جميع الاحوال ونذكر من جملتها اولاً ثوران الحس العموي الذي تسميه العامة بالضعف العصبي وهذا العرض كثيراً ما يكون هو الوحيد بدون مضاعفة باضطرابات أخرى وثوران الحس العموي هذا قد يظهر بصفة حدة الحواس ودقة فيها فان بعض المرضى قد يمكنه بواسطة اللس ادراك الفرق الواهي في الثقل والحرارة ومعرفة السليم الظاهري من الاجسام حالة انغلاق العين وتميزها عن بعضها تمييزاً لا يتيسر اجاؤه من الأشخاص السليمين ومن الواضح ان تلك الصفة تؤثر على العموم بكيفية عجيبة وتكون سبباً في اعتقادات فاسدة غريبة وغش عظيم

وكثير من المرضى من يتسلطن عندهم حاسة الشم حتى تفوق وجودها في بعض الحيوانات في تمييزها بكيفية عجيبة بواسطة الشم تمييزاً شياً أو أشخاص لا يتيسر تمييزها عن بعضها لتيسرهم ويمعون ويدركون مشي الأشخاص ولو كانت بعيدة وكذا يشاهد عندهم أمور عجيبة بالنسبة لدقة حاسة الذوق ومن الجيد بالنسبة للحبيبة الانسانية كون ثوران الاحساس عند المصابات بالاستير يا من الامور النادرة والا كان يترتب على ذلك كثرة عديد المدعين بمعرفة الاسرار والنظر في المستقبل

واكثر من ذلك مشاهدة ثوران الاحساس عند المصابات بالاستير يا الذي

يتضح عندهن بصفة الميجر والقلق ويكسبون نتائجهن نهج خفيف
 في اعصاب الحس فان الشخص السليم وأن كان لا يتألم ويضطرب عادة الامن
 الغاط من عجة اور وأنح شديدة او مواد مره الطعم جدا او حريقة او من الضوء
 الشديد والالوان الساطعة فجدان النساء الاستيريات لا يطقن بالسكية
 التكلم معهن بصوت مرتفع ويرغبين في التكلم بصوت واما جدا (المعروف
 بالوسوسة) ولا يطقن وجود زهرة من الازهار في اودهن فانهم يتزججن من
 رائحتها ولو كانت خفيفة ويحبسن المطعومات مهما قلت كمية الافويات
 المضافة اليها وبعض النساء الاستيريات لا يقمن منوه النهار ولا يطقن
 ان يتقرب منهن أحد يكون معه مثل منديل أحر وينضم لهذا الاحساس
 العظيم من المؤثرات الخفيفة جدا ايدبوسنكر ازيات مخصوصة اي
 فبعض المنبهات مثلا يحدث عند الأشخاص السليمين تأثيرا من عجا بسبقته
 لا بقوته يحدث عند النساء المصابات بالاستيريا احساسا للذياد والعكس
 بالعكس بمعنى ان المهيئات التي تحدث بصفتها عند الأشخاص السليمين
 تأثيرا جيدا تؤثر على حواس النساء المصابات بالاستيريا بكيفية
 من عجة وأكثر من ذلك معرفة الظاهرة المعروفة من ان النساء الاستيريات
 يرغبين بكثرة في رائحة الريش المحرق ويتعاطين بدون اقتضاء كمية عظيمة
 من الحليب ومع ذلك لا يطقن ولا يقمن رائحة مثل البه فجميع والفيل
 وغيرها من الروائح المقبولة عند الأشخاص السليمة.

وزيادة عن علامات الثوران في قابلية النهج المرضية نشاهد أحوال تنبيهات
 مرضية في الاعصاب الحساسة ايضا لا تكون مماثلة للسابقة ومن هذا القبيل
 تعد الآلام العصبية كآلام العصب الوجهي والعسدا والآلام العصبية
 الشدية والوركي فان جميع هذه الآلام العصبية تشاهد بكثرة عند النساء
 الاستيريات وينضم لتلك الآلام الشديد جدا الذي يكون فاصرا على صفر
 محدود وصغير من الرأس في محادة التسدرج الجداري وتعتبر هذه المرضية
 بشبه دسار موضوع في محل محدود ولذا يسمى بالآلم المسماى الاستيري
 وكذا يوجد عندهن على الدوام آلام في الظهر تزداد عند الضغط والآلام
 مخصوصة في المفاصل تعرف بالآلام المفصالية الاستيرية وهذه الآلام

التي شدتها واستيطانها في المفصل المصاب يمكن اختسلاطها بالتهابات
مفصلية وكذا قد يشاهد أحوال مرضية تهيجية في اعصاب الحواس لا تكون
متعلقة بجنهاات طبيعية فيها فبعض المرضى يشم دائماً رائحة مخصوصة
أو يحس بذوق طعم مخصوص وبعضهم يشتكي على الدوام بطنيز في الأذنين
ودوى أو بشرر امام الأعين

ومن المستغرب وجود تناقص في الاحساس أو فقدته بجوار الظواهر التي
سبق ذكرها وهي عبارة عن ثوران قابلية التنبيه وارتفاعه ارتقاء
مرضيا وتناقص الاحساس أو فقدته هذا إما أن يكون قاصرا على جزء
محدد وفي الجسم أو منتشر اقيه ومن المشكوك فيه كون فقد الاحساس
هنا متعلقا بتناقص في قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية وبانطفائها في بعض
اصفار محدودة في المراكز العصبية وبعمر علينا في كثير من الاحوال
الحكم بان كانت المرأة الاستيريه معقرها تناقص في الاحساس أو فقدته
او انها تشتكي بذلك من نوع العجب فانهم لا يشتكيون بالاحساس بالآلم
عند وخزهم في اصفار محدودة أو قرصهم وحرقتهم فان وجود ظواهر
العجب عند النساء الاستيريات أولا يشك فيه ولو علت النساء المرضي
ان فقد الاحساس أمر عجيب عسر التوجيه لا ازداد عدد النساء المشتكيات
ازدادا عظيما وقد شاهدنا حالة استيريه في امرأة كانت لا تفعل ادنى
تقلص في بطنها عند كيها بالحديد المحمى على ظهرها كيها شريطيا ومع ذلك
لم يكن عندها اثر يدل على فقد الاحساس في جلد ظهرها وجميع اضطرابات
الحس المذكورة تسببها المتبرج مرضي في اعصاب الجلد والحواس ويتضح
لذلك عند النساء الاستيريات اماباات اضطراب في حساسية الاحشاء
الباطنية فاننا في الاحوال المرضية لم يمكن عندنا أدنى اشعور
لوشعور واه بحالة الاحشاء الباطنية ملامت تلك الاعصاب سليمة
بحيث لا تعلم ضربات القلب الا عند وضع اليد وتنفس بدون أن يصل ذلك
الى حاسة الادراك ولا يدرك فعل المعدة ولا المعاء ولا الكليتين في الحالة
الاعتيادية و يشاهد ان النساء الاستيريات تشتكين باصايات مخصوصة
متنوعة عجبية في وظائف احشائهن الباطنية فيكاد جميعهن يشتكين بنفخان

في القلب ونقص متعبد في جميع الاوعية وان بحث الطبيب عن ضربات
 القلب او عن حالة النبض تأكد ان هذه الاصابات شغصية وان ضربات
 القلب لم تكن متزايدة وان النبض لم يكن قويا ولا ممتلئا وعين ذلك يقال
 بالنسبة لاحتياج التنفس فبعضهن يشتكى احيانا بضجر شديد وضيق
 عظيم في التنفس ويتنفس تنفسا عميقا شاقا ومع ذلك عند البحث عن
 الاعضاء التنفسية لا توجد تغيرات مرضية لافى المسالك الهوائية
 ولا في الدورة ولا في التبادل الغازي التنفسي مما يمكن توجيه اضطراب
 التنفس وضيقه بل ان الواقع هو ثوران الحس أو اضطرابه وجميع النساء
 الاستيريات تشكين ولو كان المضم عندهن في اتم الدرجات بضبط وامتلاء
 في قسم المعدة أو بالام عصبية فيه ويذكر ان يوجد عندهن خلاف
 المضم الذي يعتبر من احيانا حقيقة احساسات عجيبة في قسم البطن
 ويظهر ان من هذا القبيل ايضا التشكى بالعطش الشديد المحرق الوقي
 والزحير البولي المتكرر بدون امتلاء المثانة ولا تغير جوهري فيها
 ومن المستغرب ندرة الاصابات المتنوعة المرضية في الاعضاء التناسلية
 نفسها فان ازواج النساء الاستيريات يشككون في الغالب بعدم مبيل
 نسائم للجماع وبقلة حساسيتهن في اثنائه (وهذا ضد ما يظن عموما)
 ومن السادر ان يشاهد عموما عند النساء الاستيريات الفاحشات ثوران في
 حساسية الجماع وقابليتهن له وقد يكون بعكس ذلك في بعض احوال مؤلما لمن
 بدون وجود تغيرات جهرية في الاعضاء التناسلية وكذا اضطرابات
 الحس ككثير ما شاهدنا فيهن فانها تكون عندهن عديدة ومتنوعة
 كاضطرابات الحس وتكون في الغالب عبارة عن تشنجات استيرية
 ولا يشك في أن التنبية المرضي للاعصاب المحركة الناشئ عنه التشنجات
 الاستيرية يكون ينبوعه آتيا من النخاع الشوكي والنخاع المستطيل
 فانه من العلامات المخصصة للتشنجات الاستيرية ككونها لا تصطبج
 بقد في الادراك مطلقا ويعتبر ينبوع هذه التشنجات عادة انعكاسيا
 بمعنى ان النخاع الشوكي هو العضو المتوسط في اتساع التسمم الآتي من
 الاعصاب الحسية الى الاعصاب المحركة وحيث ان هذه التشنجات كثيرا

ما تنتج عن منبهات تؤثر على الاعصاب الحسية أو اعصاب الحواس
وانها في احوال أخرى تعقب المنبهات النفسية بدون توسط الارادة كان
القول السابق منسكاً الى اساس قوى وينبغي في الاحوال التي فيها تظهر
التشنجات ظهوراً ذاتياً ان توجه بكون المنبهات التي أحدثتها اختفت
عليناً وقد تكون التشنجات الاستبرية في بعض الاحوال عبارة عن تشنجات
في بعض الاعضاء خصوصاً الذراعين وكثيراً ما تتردد هذه التشنجات بفترات
قصيرة عند تنبيه احساس المرضى او عندما تؤثر منبهات خفيفة على اعصاب
اللسان والحواس الشريفة وفي احوال أخرى تكون تلك التشنجات ممتدة
في جميع عضلات الجسم بشدة متفاوتة وتظهر بنوب شديدة بحيث تسكاد
تسكيب هيئة التشنجات التشنجوسية او الصرغية ولذا كثيراً ما يشاهد
عند النساء المستعيريات كل من التشنجوس الخفيف والمقدم والجانبى
او احتقاناً متقطعة بما يحصل في كل من الوجه والجذع والاطراف حركات
تشنجية وكثيراً ما يظهر زبد في القدم بل وانطباق الاجهام في راحة اليد والفرق
الوحيد بين هذه التشنجات والتشنجات الصرغية عدم وجود فقد
الادراك وفي كثير من الاحوال يحصل في عضلات بعض الافعال
القيسولوجية تنج تشنجي كالعضلات المنوطة بالضحك والبكاء والتثاؤب
بدون وجود الاضطراب النفسى التي تصاحب هذه الافعال عادة في
الاصحاء وهذه الكيفية تحصل تشنجات منهكية وبكاوية وثماوية
وبواسطة الحركات الزفيرية التشنجية المصحوبة بانقباض تشنجي في المزمار
وتوتر تشنجي في الاحبال الصوتية يحدث السعال الاستبري المستعصى
وتنوعاته التي بها يصير مصحوباً بالغاط رنانة او عالية واقباضات المرئ التي
تنتج عن الاسفل الى الاعلى توظف عند النساء المريضة بالاحساس بصمود
كرمة من النعم الفراسقى الى الخجيرة وهذه الظاهرة يعبر عنها بالكرة
الاستبرية وكثيراً ما يشاهد عند النساء المستعيريات في كل ربع ساعة
او ساعة نجش ذو فترات قصيرة به تسدفع غازات عديمة الرائحة والطعم
ولو شوهدت المرضى بالذقة لعلم انهن يردن الهواء على الدوام ويتضح ذلك
من الحركات التي تحصل من القدم والشفنتين لكن حيث ان معظم الرجال

الاعضاء لا تستشعر بازدياد الهواء عند فعل حركات مضغ او ازدياد غير ارادية
 مصاحبة لحركات التهويع القوية يعصر علينا النفس والقول بان ازدياد
 الهواء عند النساء الاستيريات امر ارادى ولذا اعتبرنا الظاهرة التى نحن
 بصدد هاهنا من جملة ظواهر اضطراب الحركة وكأنه يشاهد فى دائرة الاحساس
 ضعف مصاحب لثورانه فكذا يشاهد بالنسبة لاضطراب الحركة شلل
 استيرى بجوار التشنجات الاستيرية وهذا الشلل قد لا يصيب الاطراف واحدا
 وتارة يكون عاما لنصف الجسم مكونا للفالج وما هو معلوم من ان قابلية
 الانقباض الكهر بائية تبقى محفوظة فى الاجزاء المنشلة يثبت مع الوضوح
 ان ينبوع الشلل فى الاستيرى ليس دائريا فان الاعصاب الدائرية لو كانت
 من بضعة واحدة اضطراب فى تغذيتها ونج عنه فقد قابلية تنبيهها كانت
 الكهر بائية غير كافية كالارادة فى احداث تنبيهها وابقاظ فعلها وحيث انه
 فى احوال الشلل الاستيرى جميع العضلات المربضة لا يمكن احداث انقباض
 فيها بفعل الارادة ويحصل فيها انقباضات باستعمال التيار الكهر بائى فى
 الاعصاب المتوزعة فيها فلا بد وان يكون ينبوع الشلل الاستيرى مركزيا
 ومع ذلك يستتبع من التعاقب التمرىع فى سير الشلل الاستيرى سيما من
 زواله الفجائى انه متعلق باضطرابات غذائية خفيفة سهلة الزوال فى مراكر
 الارادة لا كالشلل السكتى ويظهر فى بعض الاحوال ان اليأس العظيم من
 عدم قابلية المرضى للحكم على تحريك الطرف هو السبب الوحيد فى الشلل
 الاستيرى ولا نشك فى أن كل انسان مادام معتقدا ومؤكدا بان لا قدرة له
 على اتمام حركة ما يتعذر عليه اجراؤها بسبب فقد الحكم الارادى المنص
 لتلك الحركة ومن الجائز عدم مثل هذه الاحوال التى يكون فيها الشلل
 متعلقا بخطا فى الحكم والتصور من جملة الاضطرابات العقلية وقد شاهدت
 من منذ زمن امرأة كانت مصابة بفالج من عدة أشهر وانضج من تاريخ
 المرض انه كان معتريها شلل من هذا القبيل قبل بعدة سنين بخفى تارة
 ويظهر أخرى فمن سير هذا الشلل وبقيت الاعراض المصاحبة له انضجت
 لنا حقيقة ولقد كان متحققا عند المريضة انها تشفى باستعمال الكهر بائية
 وحيث تأخر دخولها الى الاكلينيك كانت مشغوفة بذلك للحصول على

النجاح فيه مجرد دخولها واستعمال الكهر بائية لها وانسباط يدها التي كانت متقلصة من منذ أساييس عديد فاستبشرت بانتمام النجاح وتحسنت حالتها بعد قليل من الزمن بحيث تيسر لها بعد أساييس قليلة حركة الاطراف المنشلة ولا بد ان تلك المريضة كانت تحسن حالتها باى واسطة علاجية اخرى اعتقدتها

واما الاضطراب الذي يحصل في دائرة الاعصاب الوعائية والمغذية فيعدمه عدم استواء توزيع الدم واختلاف كميته في الاجزاء الدائرية فان أغلب المرضى تكون أيديهم وارجلهم باردة واما وجوههم فتتقد بأقل سبب بدلا عن اللون الطبيعي مع الاحساس بحرقان فيها وهل يعدمه ايضا افراز اللعاب وتغير الافراز المعدى والمعوى بسبب الانقباض التشنجي في الاوعية أو بدها الشللى امر غير مقطوع به وأما سبب غزارة البول الاستيرى فتأتي بلاشك عن تغير في وظيفة اعصاب الاوعية الكلوية والبول المنفرز بغزارة يكون قليل المواد الصلبة شفافا خفيف الوزن النوعى وكثيرا ما يعبر عنه بالبول الاستيرى

واما الاضطرابات العقلية التي تشاهد عند المصابات بالاستيرى فانها تختلف اختلافا عظيما فتارة تكون قليلة الوضوح وتارة كثيرة بل وتمت احوال فيها تكون مضطربة جدا بحيث ان الظواهر العقلية تكون هي الاكثر وضوحا في هذا المرض وفي العادة يطرأ في ابتدائه تلون في الخلق وتقلب سريع فيه بحيث يشاهد انتقال فجائي ما بين سرور زائد الحد وحن شديد وكثيرا ما يشاهد نوع خروج عن حد التعقل وهذه الظاهرة توجه بشوران الحس والتعقل فكما ان المنبهات الحسية تحدث تأثيرا عظيما غير اعتبادى في المرضى فكذلك التصورات التي لا تؤثر أدنى تأثير في خلق الاعضاء تحدث عند المصابات بالاستيرى بالاحساس بعدم الراحة والسأم وانها تحدث عندهن الاحساس بسرور زائد عن الحد ولو كان نادرا فكثيرا ما يحدث عندهن الضحك والبكاء بأقل شيء والظاهر أنه كما يوجد عندهن نوع ثوران حسي تعقلى فكذلك يظهر فيهن نوع استعداد خصوصى فكري وبذلك توجه حالة ذهن المستغربة وحيث ان التصورات والمدركات تحدث

عندهن غالباً الاحساس بالضجر والشتم فالغالب أن يظهر فيهن نوع
 انحطاط في خلقهن فالمرضى تبكين كثيراً لا ين يدون سبب خزيات أسباب
 من الحظ ولو كن متمتعاً بجميع أنواع التمتع في المعيشة وشكواهن
 الدائم بدون سبب ظاهري وكأوهن ينتهيان بقسوة من كان مصاحباً لهن
 فالأقارب لا تصغي لشكواهن ولا تلتفت لها وتظهر عدم الاعتقاد
 في حقيقة تها بالتسدرج ويؤزل منهم الاعتناء بها لهن سيما متى انضج لهم
 أن شكواهن ليس بمبالغية سابقة بل إنما هي سبيل الغش والتصنع بقصد
 مشاركتهم في التألم أو بقصد التعجب وهن مع ذلك لم ير أن يتصنعن بالغش
 بالدقة مع الجراءة والاستمرار بحيث لا يكون هناك تناسب بين عدم
 جرائتهن الاعتيادي وتجاهلهن لمساكن ما يتصنعن به ويعرضن في كثير من
 الأحوال التمييز بين الحقيقة والغش فمن كان طائش العقل يغتر بأفعالهن
 ولذا ينبغي التمسك بالعادة العامة وهي عدم التصديق بكل ما يقال
 كقول المرضى بالحرمان من الطعام من منذ زمن طويل وادعاء فقدرا يقول
 بالهكالية والفقير الذي لا يملك من المواد والأشياء القريبة وما دام هذا الميل
 في المصابات بالاستسيري بالإيقاظ تعجب الغير منهن ومن حالتهن فيسهل ولا بد
 عند وجود الشخص المريد الارتفاع المترتب على غشهن بأدخال التصوري
 أذهانهم بأنهن ملبوسات بالارواح الخبيثة (ومن ذلك كثرة انتشار
 الاعتقاد عند النساء الاستسيريات بتابع ما يسمي بالزار وطرقه الشفيعه
 الفظيعة المخلة بالأدب والدين) وأما من يزعم برؤية الحقائق مناماً أو لحظة
 رجاء بالغيب والقوة المفكرة لا يعترضا تفسيراً عند المصابات بالاستسيري
 فإنه يمكن تفسيرهن من السمات التصورات التام والحكم الصحيح ولوانه
 باستمرار الاحساس بالتألم عندهن يفقدن الالفة لمن حولهن بل لا قاربهن
 القريب

وأما الاضطرابات العقلية فإنها تظهر عندهن إما على شكل نوب مرضية
 فكرية كما سبق أو على شكل مرض جنوني مستمر منهن وهذا الجنون
 إما أن يظهر تدريجاً أو على صفة حادة عقب النوب الفكرية فيطراً أما
 بصفة الما ليخوليا أو المانيا وكثيراً ما يحصل ثوران في حالة خلق مثل هؤلاء

المرضى وبعضهم يتمكن منه تصور الضرر والاضرار فيسرى لاحساسهم
فيجبرهن على ضرر أنفسهن اوغيرهن وبعضهن من يمكن في الفراش عدة
أشهر بل سنين ولايستطعن تركه ثم يعقب ذلك الجنون نوع انحطاط وخدر
في التعقل

ثم ان سير الاستيريا يكاد يكون من مناعلي الدوام والغالب أن يبتدى هذا
المرض في زمن الادراك ولوانه يوجد غالباً في سن الطفولة وظواهر غير
اعتيادية في قابلية التنبه الجسدية والعقلية واحيانا تنضج الاستيريا
فيما بعد أعنى في السن المتوسط أو المتأخر وظهوره يحصل غالباً تدريجاً
ويندر أن يكون فجأة بنوب تشنجية وسيره لا يكون منتظماً ففي بعض الاحوال
يتضح احد الاعراض وفي غيرها يتضح غيره ولذا يندر أن تكون الظواهر
المرضية مشابهة لبعضها عند جلة من الأشخاص بل ان هذا المرض كثيراً
ما يختلف صورته في مريضة واحدة وذلك ان المصابات بالاستيريا تشتكين
تارة بألم وتارة بظاهرة عقلية وأخرى بشلل ويكون ذلك هو العرض الرئيس
الواضح دون الاعراض العديدة المتنوعة التي يشتكين بهامع المبالغة
وكثيراً ما يعيل صبر الطبيب من استمرار الشكوى بأحد هذه الاعراض
كتهيج النخاع أو عصر الازدراد أو الفئ الاستيريا أو شلل الاحبله الصوتية
أو عصر التبول أو الارق فان شكواهن كثيراً ما تستمر أشهر ابل سنين وعلى
العيوم يسير بشورانات وانحطاطات متعاقبة وتكون الانحطاطات
واضحة جداً وتستمر جلة أشهر بل سنين بحيث يظن خطأ أن المريضة
شفيت شفاء تاماً ومن النادر أن تهدد الاستيريا بالموت بواسطة تشنج
المزمار أو بواسطة نوب جنونية أو صرعية متلاوة بالكوما بل ان هذا المرض
لا يقسم الحياة مالم تحصل فيه ضاعفات ثقيلة لكن من المعلوم ان الاستيريا
مرض طويل مستعص فيحصل فيه ثوران جديد يستمر من اسبوع الى جلة
سنين ثم يعقب بالتحسين ولا يرجى حصول الشفاء التام الا بالتقدم في السن
وظروق من اليأس ولوانه في هذا الطور من الحياة لا يندرهود الاستيريا
ثانياً واحياناً يزول هذا المرض بسرعة او انه يكتسب صفة جيدة بحيث ان
المرضى لا يتدب الطبيب والاحوال التي لا تستمر زمناً طويلاً والتي فيها

يوجد سبب مدرك سهل الشفاء يحدث الاستيريا هي التي يؤمل فيها الشفاء
وأما الاحوال التي تنسب لاستعداد دوراني أو التي يوجد فيها كاسمان
مرضى حالة عصبية وثوران عصبي فشفائهما صعب وتشخيص الاستيريا
سهل على الدوام مادامت الاعراض الواصفة لهذا المرض واضحة كتكدر
الاخلاق وسوءها والثورانات الحسية والكثرة الاستيرية والألم الثابت
الاستيري الشبيه بالعمى والتشنجات الاستيرية ونحو ذلك وفي احوال أخرى
يستدل على حقيقة التشخيص من كثرة تعدد الظواهر المرضية المحسوسة
للمريض التي تنشك بها الممرض في جميع الاعضاء بقصر يسمع ان البحث
بالعلامات المدركة لا يدل على تغيرات مرضية وبالجمل فالطبيب تظهر له
حقيقة المرض من استمرار مشاهدة الممرض وتقلب الظواهر المرضية
فيمن وزوال بعضها بغير علة مع ظهور البعض الآخر بان ذلك ليس ناتجا عن
تغيرات عضوية ثقيلة وفي تغيير الاستيريا عن الايبيوخونداريا يتركز الى
اعتبار النوع فان هذا أمر مهم لكن ليس على الدوام فان هناك نساء
يوجد عندهن زيادة عن الظواهر الاستيرية او بدونها احساس بضجر
ايبيوخونداري أي بمرض جسمي ثقيل كما ان هناك رجالا يشاهد فيهم جميع
الظواهر الاستيرية كالحساس بالكثرة الاستيرية والتشنجات الاستيرية
والتيقلصات العضلية للضعف والبكاء ونوب الجنون الاستيرية

في المعالجة

من أهم الامور اجراء معالجة واقية عند البنات الصغار والشابات اللاتي
يظن عندهن وجود استعداد عصبي مرضي واللاتي يوجد عندهن كذلك
خلاف هذا الاستعداد ضعف عصبي متصف بحالة تهيج غير اعتيادية وزيادة
تلون في الخلق وتهيج رأي وقرب انزعاج واللاتي يوجد عندهن حدة
ذهن وميل للافكار الحسية والملاهي فمعدنية مثلهن ينبغي الالتفات
الى تقوية الجسم ومضاربة تلك الاحوال العصبية واطعام كل ما يثير شهوة
الاعضاء التناسلية وذلك أهم من الاعتناء بتريتن في المدارس
والدالات العلاجية السببية تستدعي في الاحوال التي فيها لا يشك في أن
الحالة المرضية للمجموع العصبي ناشئة عن تغير مرضي في الاعضاء التناسلية

معالجة لانتفاخ هذه الحالة المرضية كالتهاب الزمن والتقرحات والتخوقات
وغيرها من الامراض التي تصيب الرحم والمبيضين ولتحل ذلك على
ما ذكرناه في المباحث المتقدمة وان كان هذا المرض ناشئاً عن مؤثرات
نفسية مضرة كالجزن الناشئ عن تكررات العيشة المتزلية وكالتصور المحزن
لعدم بلوغ الاربع في الحياة ومن هذه الحبيثة يتيسر للطبيب الحائز لامتنية
من كان منوطاً بمعالجتها وواقفاً على حقيقة اسرارها الحصول على فائدة
عظمى بالنسبة للمعالجة السببية وذلك بكونه مع الفطنة والدراسة يؤثر على
عقوله من وتنوع أفكاره وقوته الارادية وان كانت الاستيريا متعلقة
بحالة امتلاء دموى يجب ولا بد تنظيم التغذية وتقليلها واستعمال المسملات
او المعالجة بالمياه المعدنية المسهلة والاستغراغات الدموية ان دعت الحالة
الى ذلك كارسال العلق على القسم المهبل من الرحم أو تفرطه او نحو ذلك
وان كانت الاستيريا متعلقة كما هو الغالب بالخشور وزوال الانيميا
استدعت المعالجة السببية فحين حالة الدم بواسطة المركبات الحديدية
والاغذية الجيدة والهواء الجيد لكن لا يؤمل في كون الحديد يحدث عند
الانيميات المصابات بالاستيريا عين التأثير الجيد الواضح في احوال الانيميا
البسيطة وفي احوال كثيرة لا يمكن الاستدلال على المعالجة السببية وزيادة
عن ذلك فهناك احوال يعلم فيها السبب الاصل ويمكن تبعيده ومع ذلك
فلا يكون من المحقق فيها ان زوال الاستيريا نتيجة لذلك

وليس عندنا وسائط دوائية بها يمكن شفاء التغير الاسامي للاستيريا
فمن المعلوم ان جميع الجواهر المسماة بالمضادة للاستيريا كالحلثيت وجذر
الواليريانا والسكاستور يوم والمسك والماء المضاد للاستيريا والايثير وروح
قرن الاريل كثير اما لا تشمر ولوانت لا تنكر ان كلامنا من منقوع الواليريانا
وضبغتها والسكاستور يوم وحبوب الحلثيت وحقق منقوع الواليريانا
المضاف اليه مستحلب الحلثيت له تأثير ما طفت فاستعمله واجب خصوصاً
في احوال التشنج الاستيري واما بر ومور البوتاسيوم الذي كثر استعماله
في العصر الاخير في الاستيريا والتشنجات الاستيرية فليس له في هذا
المرض تأثير جيد واضح كما في المصراع وقد شاهد (روزنتال في عدة

أحواله باستعمال هذا الجوهر بمقدار مناسب من ٣ جم الى ٥ جم كل يوم) يحصل تناقص في قابلية التنبيه المنعكس وثوران الحساسية وهذه النوم وفي احوال أخرى كان تأثيره غدير واضح واما الطبيب (جوالى) فوجد انه باستعمال مقادير عظيمة جدا من رومورالوتاسيوم في احوال عديدة من التشنجات الاستيريه الصرعية يحصل تأثير واضح كما في الصرع الحقيقي واما التأثير الشفائي لكلور ذهبات السوداء الذى أوصى به (ماريتين) في تيسات الرحم والمبيضين والاستيريه المتعلقة بهما وبالغ في مدحه (نماير) فليس عند أغلب الاطباء تجارب تؤيده ويعطى هذا الجوهر على شكل حبوب (بان يؤخذ من كلور ذهبات السوداء - ٣ - ديسغرام

صمغ الكثيرا - ٤ - جرام

سكر ابيض ك ك

يعمل اربعين حبة ويؤخذ من هذه الحبوب واحدة بعد الغداء بساعة وواحدة بعد العشاء بساعة ايضا ثم يؤخذ منها ثلثتان ويزاد بالتدريج الى أن يصل الى ٨ في اليوم على مرتين

واما الافيون الذى أوصى به (چندرين) ومدحه كثيرا بأنه واسطة علاجية جيدة في الاستيريه واعطاه بمقادير أخذته في الازدياد تدريجيا وذكر انه بالتمادي على استعماله شاع له شفاء تاما في اكثر من نصف الاحوال قالى الآن لم نعتبره الا واسطة علاجية عرضية جيدة وتجاربنا الشخصية ايدت لنا جودة الحقن بالمورفين تحت الجلد في احوال عديدة من الآلام العصبية والتشنجات الاستيريه وسهولة تحمل المرضى له دون غيره من الجواهر الدوائية

وفي اثناء الفصل الجيد من السنة تحدث ولا بد المعالجة بالمياه المعدنية شرا وجاما مع تغيير الهواء والاقامة في الخلاوات مع الرياضة واتباع الملاهي تأثيرا جيدا في هذا المرض وينبغي اتباع القاعده الاتية بالنسبة لانتخاب المعالجة في فصل الشتاء وهى انه يفضل استعمال الماء البارد القوي التأثير على شكل التدليك والاستحمام فن المدوح من منذ

زمن طويل استعمال الحمامات البحرية وفي عصرنا هذا المعالجة بالماء
 البارد مع الاختراس انما يجب ايقاظ المرضى بان المعالجة لا تحدث
 النتيجة المطلوبة في اوسع قليلة وان الاقامة في الحمامات المستعدة للمعالجة
 بالماء البارد لا بد من استمرارها جلة أشهر لكن احيانا لا تعمل النساء
 الاستيريات بسبب شدة تأثرهن اضعفهن العظيم تأثير البرودة وفي مثل
 هذه الاحوال تكون الحمامات الفاترة المنزلية ولا سيما حمامات المياه
 الطبيعية الفاترة كماء شانجنباد وفيغرس وويلسباد وتيلس
 وبادن بادن ونحو ذلك مفضلة واما في احوال الضعف والاسترخاء ووجود
 شلل فتفضل الحمامات الفاترة المحمية كماء توهيم وريمية ونحوهما وعند
 الأشخاص الاقوياء البنية الجيدة التغذية المعتدلة اضطرابات في الدورة
 البطنية تفضل المعالجة بماء مريم باد وجيسنجر وهومبورغ وبيجر
 ونحوها واما في احوال الانيميا الواضحة فيفضل استعمال المياه الحديدية
 كماء شوالباخ ويترمون واسبا وقرانسياد وغيرها والكهربائية لا تستعمل
 فقط مع النجاح في مضاربة بعض ظواهر الاستيريا كالشلل والانسستيزيا
 والالام العصبية بل يظهر انها تؤثر تأثيرا جيدا في بعض الاحوال في مجموع
 هذا المرض بفعالها المحول المصروف ويفضل في الاستعمال التيار المستمر
 اقوى بان يؤثر به على جميع سطح الجلد

ومن المهم جدا الاعتناء بالمعالجة العقلية فمن علم من الاطباء قوة المؤثرات
 العقلية عند المصابين بالاستيريا وعلم ان كلام الفرح والرحب الفجائيين
 واعتقاد المريض في الطبيب والمعالجة الجسدية واحدى الوسائط
 السيمباتوية والاماكن المقدسة المعتقد فيها بالشفاء ليس له فقط تنويع
 تام في حالة المرضى وتكدر أخلاقهم بل كذلك قد يحدث شفاء تاما وقتيا
 او مستمر الى الشلل المستمر أو غيره من الظواهر الاستيرية الثقيلة اتضح له
 ان المعالجة العقلية اللائقة بحالة المرضى مع التعقل والحزم تكون من
 الوسائط العلاجية القوية جدا فعلى الطبيب من جهة احياء أمل المريض
 في الشفاء وتشجيع قوته الارادية المخطئة ومن جهة اخرى مقاومة سوء
 الاخلاق وتلوينها والمبالغة في الاقوال فان فعل الطبيب ذلك مع الشهامة

والسكون فلا بد وان تصاحبه تصادف محلا واما ان قابل تنويع اخلاق المرضى بالاستنزاع وعدم الصبر ولم يصح لشكواهم وسرد قصة من ضمن اظهر عليه في اثناء ذلك القلق او التهاون فقد ولا بد أمنية المرضى وضاعت منه الوساطة القوية وهي المعالجة العقلية

ومن المفيد جدا استعمال الطرق العلاجية التي لا يقصدها مضاربة هذا المرض بقسامه بل مضاربة اعراضه كل عرض على حدة أما معالجة نوب التشنج فلا جود فيها اولا تسكين روع من كان محيطا بالمرضى والمرضى نفسه ان كانت غير فاقدة الادراك والعلم بان النوبة لا خطر فيها وانما يعتنى بالاحتراس على المرضى في اثناء تغلغلهم في الفراش من وقوعهم من على السرير أو ضرر انفسهم وعند استمرار النوبة والخوف من ضعف القوى يستعمل الاستنشاق الكوروفورمى لكن لا يسقر به الى حصول الخدر التام او الحقن تحت الجلد بالمورفين او الحقن الافيونية اذ بذلك يسرع انتهاء النوبة واما تشنج المزمرا لخطر الذي يحتاج لاسعاف وقتى فأجود ما يوصى باستعماله فيه هو المهيجان الجلدية المحمرة واستنشاق الكوروفورم او الايتير مع السرعة واما عسر الازدراد فيفضل فيه استعمال الكهر بائية الموضعية والقسطرة بالجس المروى واما القئ الاعتيادي فيستدعى استعمال الاغذية السائلة الطييفة او تعاطى اللحم المفروم فرماتما والمبسل بالافاويه وقطع صغيرة من الثلج والحقن تحت الجلد بالمورفين واستعمال صبغة اليود من نقطة الى ثلاث او الكوروفورم في صواغ غروى واما انطفاء الصوت فيستعمل فيه ما ذكر في مجته واما الفواق المستعصي فيضارب بالحقن بالمورفين تحت الجلد وتسلط التيار الكهر بائى على العصب الحجابى الخارجى واما الحالة الطبلية للبطن فأجود ما يستعمل فيها التيار الكهر بائى المتقطع على جدر البطن وفي الفالج الاستيرى والشلل النصفى السفلى او شلل أجد الاطراف يوصى باستعمال التيار الكهر بائى المتقطع او المستمر على الاجزاء المتسيلة ويكون ضعيفا في الابتداء ثم يقوى فيما بعد أو الحقن تحت الجلد بالاستركنين (بان يأخذ من كبريتات الاستركنين ١ ز . ماء مقطر ٢ ر ١٠

(اعني واحد يسي على عشرة جرام) ويحقن من ذلك كل يوم مرة من
 (. . . ر . الى ٠٠٦ ر .) (اعني ٥ الى ٦ ملي جرام)
 والدلائل المتبعة مع تكليس الاجزاء المنشلة ويوصى في الانقباضات
 العضلية الاستيرية باستعمال المعالجة الكهر بائية او بالحقن تحت الجلد
 بالاتروبين تبعاً للرأى (شاركو) واما الالام الاستيرية فتضارب
 باستعمال المسكنات والمخدرات سيما الافيون والمورفين ولوانه يوجد نساء
 استيريات يزعمن بعدم تحملها وآلام الظهر الشديدة المستعصية يوصى
 فيها باستعمال الحقن تحت الجلد بالمورفين او الاستفرغات القموية
 الموضعية عند النساء الاقوياء البنينة الكثيرات الالام وقد شاهد المعلم
 (روزنثال) نجحاً عظيماً في مثل هذه الاحوال من وضع ايكاس من
 صمغ صرن ممثلة بالماء البارد على الظهر واما (بفيدكت) فقد اوصى
 باستعمال التيار الكهر بائي المستمر على الفقرات المتألمة
 واما الالام المفصلية الاستيرية فيستعمل فيها التكليس والحركات
 الصناعية والدلك بصبغة اليود ونحو ذلك واما الالام استيرياً
 فيستعمل فيها المنبهات الموضعية وتسلط التيار الكهر بائي المتقطع على
 الاجزاء الفاقدة الاحساس
 ونتيجة جميع هذه الطرق العلاجية العرضية في الاستير بالامكن قطع
 الحكم: فغالباً من قبل فان تأثيرها يكون احياناً واضعاً للغاية وفي احوال
 اخرى لا تجدي نفعا وانه يحصل بعد استعمال تلك الطرق مع النجاح
 نكسات ذاتية في كل عرض على حدته

﴿المبحث السادس﴾

* (في الشلل الارتعاشي) *

العلامة الواضحة لهذا المرض عبارة عن حركة غير ارادية في بعض اجزاء
 الجسم اما على شكل مجرد ارتعاش او على شكل تقلصات عضلية متقطعة
 شديدة وبذلك يقع الجزء المصاب في حركة اهتزازية ثم ينضم لهذا الارتعاش
 فيما بعد شلل غير تام في العضلات المصابة وهذا الداء النادر يصيب الذكور
 في السن المتقدم من الحياة ومن النادر أن يصيب ذوي السن المتوسطة
 وأندر من ذلك ما ابتسه للشبان ويظهر هذا الداء في بعض الاحوال عقب

الرجب الشديد أو الضجر العظيم وفي أحوال أخرى يظهر أنه ينتج عن أحوال
 صعبة غير جيدة كالإسغال الشاقة وتأثير البرد الرطب وتنجع بعض الأعصاب
 الدائرية الناتجة عن الرض أو الجروح وبالجملة توجد أحوال فيها لا يعرف
 سبب نشئته فيكون حينئذ ناشئاً عن أسباب باطنية خفية علينا والارتعاش
 ينتدئ غالباً بكمية واحدة في أصابع اليدين ثم الذراعين ويندر أن ينتدئ
 بقدم إحدى الجهتين أو كليهما ما ثم يمتد فيما بعد من الأطراف العليا
 إلى الأطراف السفلى ومن النادر أن يصيب عضلات الوجه والتكلم
 أو عضلات العنق بحيث يقع الرأس في حركة ارتعاش وقد يصيب
 نصف الجسم (على شكل فالج) واندر من ذلك أصابته لأحد الذراعين
 والطرف الآخر في الجهة المقابلة والغالب وجوده في الجهتين ولو بدرجة
 مختلفة والارتعاش قد يتناقص وقتياً أو يزول بالكلية سيما عند
 الاستلقاء على الظهر لكن بعد تقدم المرض لاسيما في الأحوال الثقيلة
 منه يستمر ولو بشدة متفاوتة فيحصل فيه ازدياد عقب الانفعالات
 النفسية أو المشاق الجسمية أو يتناقل على صفة دورية والتقلصات
 العضلية يحصل فيها على الدوام هذه وسكون في أثناء الخدر الكلوز وفوري
 وعند ارتفاع هذا المرض إلى درجة عظيمة ترتقي التشنجات المتقطعة إلى
 درجة امتداد عظيمة بحيث تشابه بعض التقلصات العضلية المستمرة
 وطبقاً لما شرحه (شاركو) تكتسب حركات الإبهام بالنسبة لباقي
 الأصابع نوع حركة مشابهة لنحو إدارة القلم بين الأصابع

وأما الشلل في هذا المرض فإنه لا يتضح الا عند تقدم سيره ولذا يتأخر
 ظهوره مدة طويلة من الزمن وحينئذ يكون هوق الطرف عن انتمام
 وظيفة نفسه ناتجاً فقط عن التقلصات العضلية المكثرة لحركته والشلل
 الذي يطرأ فيما بعد يكاد يكون دائماً غير تام وقاصر على العضلات
 الباسطة وقد يحصل عند تقدم سير هذا المرض نوع توتر وجساوة في
 العضلات الباسطة الأطراف بل وعضلات الجذع والعنق لاسيما في عضلاتها
 الباسطة ثم إن التوتر الذي يظهر ابتداء وقتياً يصير مستمراً فيما بعد وعلى
 حسب تسلط الجساوة في قسم من العضلات دون الآخر تحصل تشوهات

مختلفة وضعا وشكلا فيكون الرأس منجذبا الى الامام والجذع كذلك مائلا نحو هذه الجهة والعضدان متباعدين عن الجذع والساعدان منتهين والاصابع منقبضة فليسلا ومائلة نحو الحافة الزندية ومفاصلها منتهية أو ممددة كما يشاهد ذلك في أحوال الروماتزم المزمن وأما الاطراف السفلى بخاوة عضلاتها تشابه جساوة العضلات في الشلل النصفي السفلي المصحوب بانقباض فيها فتكون الركبتان متقاربتين في حالة نصف اثنتا والقدمان متمددين ومائلتين الى الانسية (كشكل رجل الفرس) واصابع القدمين منجذبة نحو الخلف (كشكل الخلاب) وقد يشاهد عند الامتناس المصابين بالشلل الارتعاشي عند ما يريدون المشي ميل للجري الى الامام والقول بتوجيه هذه الظاهرة بكون مركز الثقل زاغ نحو الامام بسبب ميل الرأس الى هذه الجهة لا يجوز العلم (شاركو) أقله بالنسبة لجميع الاحوال فان هناك مرضي يكون لهم ميل الى التقهقر نحو الخلف والسقوط على الظهر ومن حيثية الحساسية يحصل ولا بد بعض ثورات واضطرابات فيها كالحساس بالحدرد والتنمل أو القرص في الايدي والاقدام وبعض الآلام عصبية في الاطراف المصابة وقد جزئي في الحساسية واحساس متزايد بارتفاع الحرارة ينضم له افراز عرق غزير أحيانا ولا ينذكر كذلك مشاهدة اعراض دماغية كآلم الرأس والدوار والارق وظواهر ابيوتخوندارية بل هذيان واعراض جنونية مع ضعف في القوى العقلية يزداد شيئا فشيئا

ثم ان الشلل الارتعاشي من الامراض العصبية المزمنة المستطيلة المدة فقد يستمر سنين عديدة والموت يحصل اما عقب التقدم في السن او بظواهر النهوك العامة المة مقدمة التي تجبر المريض على المكث في الفراش او ان المرضى تنتهي حياتهم قبل حصول النهوك المتقدمة بواسطة امراض تضر أعليهم كالالتهاب الرئوي الانحذاري ونحو ذلك فان المرضى لا يمكنها مقاومة تلك الامراض وبالنسبة لمجلس هذا المرض والتغيرات التشرية المتعلقة بها لم يتيسر قطع الحكم فانها تارة لا يوجد منها شيء وتارة توجد تغيرات مختلفة اماد دماغية أو نخاعية شوكية ولا يجوز مبانها اليست واصفة

للشلل الارتعاشي بل تعتبره ضاعفات له ومن المشكوك فيه كون مجلس
المرض في الدماغ أو نخاع الشوكي والامر المعلوم من ان العضلات
المتوزع فيها اعصاب بحركة دماغية لا تشترك في الشلل الارتعاشي يرجح
القول بالرأى الاخير

وتميز الشلل الارتعاشي عن غيرهما الاحوال المصنوعة بارتعاش سهل عادة
فان الارتعاش السيقوخي مثلا وكذا البسيط الذي يشاهد عند الانقباض
الكثيرى التنبيه والمعتريهم ثوزانات في الحساسية يكون قليل الوضوح
بخلاف الشلل الارتعاشي وزيادة عن ذلك فان باقى الظواهر المرضية
الواقعة لهذا المرض تفقد كلية وفي كل من الارتعاش الالسكري والزحلي
والزئبقى يرتكن في التشخيص الى التغيرات التشريحية ووجود ظواهر
مرضية أخرى خاصة بكل نوع منها وأما التباس الشلل الارتعاشي بتيينات
النخاع المتعددة المنعزلة فسهل الوقوع

ومن المعلوم ان حصول هذا المرض الاخير يكون في الاطوار الاولى
من الحياة وان الشلل فيه كعرض ابتدائي له وان الارتعاش لا يحصل
الا عند اجراء مركات ارادية بخلافه في المرض الذي نحن بصدده فانه لا يكون
متعلقا بها

(المعالجة)

الظواهر انه شوبه فحسين في بعض احوال حديثة من هذا المرض بل شفاء
تام ومع ذلك يعتبر هذا الانتهاء الدادر نتيجة لجهودات الطبيعة الجسمية
لالتأثير الصناعة الطبية وبالنسبة لبعض المشاهدات التي حصل فيها
شفاء بين بالمعالجة الطبية يشك في حقيقة التشخيص والوسائط العلاجية
العديدة التي قيل عنها في بعض احوال دون أخرى وذلك ككلورور
الباريوم والاستركنين والارجونين والافيون وسف الحنن والكورار
وخلاصة السكلابار والحجر الجهنمي والكلورال الايدراتى وبرومور
البوتاسيوم لم تصادف النجاح على الدوام ويحوز الايضا باستعمال غير
ما ذكر من الوسائط العلاجية كخلاصة الشوكران أو الشوكرانين
(الذى ذكر شاركو أنه تحصل منه على نجاح وقي) والمحلول الزرنيخي

فقد نجت الجلد لفولير (الركب من محلول زرنخات البوتاسا جزء ومن الماء المقطر جزآن) يحقن منه كل مرة قدر نصف حقنة اعتماديته كما ذكر (اياي بورغ) انه شاهد منه في حالة تجسية واضحا وانحطاطا الى التشنج عقب الحقن به خمسة عشر مرة وفي حالة أخرى بعد اربع مرات من الحقن وكذا يجوز الاصابة باستعمال كروونات الحديد كما ذكره (ايليويستون) وشاهد الشفاء منه في حالة واستعمال الطرق العلاجية بالماء البارد (كصب الماء البارد بعد غمس المريض في حمام طائر والدلك بالماء البارد وتغليقه بملاءة مبتلة به) وكذلك المعالجة الجلاويزة (بان يوضع أحد القطبين على النتوالقمة جدوى والاخر على العمود الفقري) التي تحصل منها المعلم (ببديكت) على بعض نتائج جديدة في الاحوال الابتدائية

(الايو خوند اريا)

هذا المرض يقرب من الامراض الجنونية لاسيما الجنون الهندي ويعتبر عادة ألطف اشكال الجنون ومن جهة أخرى يوجد فيه زيادة عن الاضطرابات النفسية اضطرابات وظيفية عديدة في المجموع العصبي لاسيما في الحواس الدائرية وهذه الاضطرابات تتخالف بالكلية بالتعبيرات العقلية وتغلب عليها بحيث ان هذا المرض يشابه الاستيريا ولذا يجوز شرحه معه في فصل الامراض العصبية المنتشرة وفي الايو خوند اريا القوة تكون الاحساسات المحزنة متسلطنة على القوى العقلية فتكون عبارة عن الاحساس بمرض ثقیل بحيث ان افكار المرضى تكون مشغولة برعب مستمر بالنسبة لمحضهم الجسمية والعقلية ولا ينبغي اعتبار كل شخص معترية الرعب بانه مصاب بالايو خوند اريا الا اذا كان هذا الاحساس عرضا لمرض فمثلا الرجل ابو العائلة الذي يموج بشره لطيفة فلهنا منه بانه مصاب بمرض عضال غير قابل للشفاء ويفقد كذلك قوة الحكم على تعقلاته بل يكون على الدوام تحت تأثير الاحساسات المرعبة المحزنة ويلاحظ بالذمة مع الرعب جميع وظائف جسمه مثل المصاب بالايو خوند اريا ويكتسب هيئة كهيشته لا يعتبر بانه مصاب بالايو خوند اريا ولا هو ايو خوند اري فان اخلاقه وهيئته المتغيرة تطابق أحواله الظاهرية

المتغيرة ايضا ولا تخالف أفعاله العقلية قبل الا باحتمال السر والتغيرات
التي تحصل في الدماغ والمجموع العصبي في هذا المرض ليست معلومة الى
وقت هذا فان التغيرات التشريحية الاساسية لهذا المرض مجهولة
لنا كالتي للاستيريا وبالنسبة لاسباب هذا المرض فقد نكون
مؤثرات عقلية او جسمية عند وجود استعداد لذلك والاستعداد للاصابة
بالايبوخونداريا نادرا جدا في سن الطفولية ويكثر حصوله عند الشبان
وفي بداية سن الطفولية ثم يتناقص بالتدريج في السن المتوسط من الحياة
ويقل جدا عند الشيوخ واصابة النساء به اندر من الرجال ولوانه لا يندرمع
بحالة كآبة عند النساء المصابات بالاستيريا مساهدة تطوار عقلية على صفة
ايبوخوندارية وفي مثل هذه الاحوال يتميز بين الايستيريا
والايبوخونداريا بل يتعذر بالكلية

ويعتد من الاسباب المأمة للايبوخونداريا الانفعالات النفسية الشديدة
والمشايق العقلية والحزن المستطيل والمؤثرات المضحقة وبعض الامراض
الجسمية يحدث الايبوخونداريا بسهولة دون غيره من الامراض وذلك
كأعراض الاعضاء المضحية لاسيما التزلزلات المعدية والمعوية المزمنة
والتغيرات المرضية في الاعضاء التناسلية لاسيما السيلان المنوى والسيلان
الجرمي والداء الزهري وفي هذا الاخير يعتبر التأثير العقلي المحدث
للايبوخونداريا أقوى من التغيرات المرضية المسدركة ثم ان الامراض
المدكورة لو كانت تكفي بانفرادها في احداث الايبوخونداريا لكان عدد
المصابين بهذا المرض عظيم جدا ولكن حيث ان تلك الاسباب تعتبر ممتدة
فقط ولا تحدث الايبوخونداريا الا عند وجود استعداد بنى مخصوص
فلا يستغرب عدم التناسب بين كثرة حصول التزلزلات المعدية والداء الزهري
والسيلانات المنوية وبين حصول الايبوخونداريا وعين ذلك يقال بالنسبة
للمؤثرات العقلية كقراءة الرسائل الطبية الاهلية والاشتغال العقلي
الشديد بالامراض المتساطنة تسلطنا وبائسا او مصيبة لبعض الاقارب

الاعراض والسير

الايبوخونداريا تطهر غالبا بالندريج ففي الابتداء يوجد عند المريض

احساس مرضي مذهب بحالة ضجر غير معينة وذلك يحدث عنده قلقا
وعدم راحة بدون تحكك في قوته الحياكة ويكون له قدرة في الحكم
على نفسه وكل من الضجر وعدم الراحة لا يكون مستمرا في ابتداء المرض
بل يخفى تارة ويظهر أخرى بشدة عظيمة وكلما كان الاحساس بالضجر
عظيما ازداد التفات المريض الى الفحص عن ينوع الاحساس المرضي
فيصت عن لسانه وبوله وبرازه وعند نبضه ويدقق في البحث عن جميع
احساساته الغير الطبيعية فكل امر غير طبيعي مهما كان واهيا كارتقاء
الحسرة القليل وتغطية اللسان الخفيفة والغص الواهي الوقتي والسعال
الخفيف ونحو ذلك يوقظ الرعب عنده وذلك لالكونه يتذكر من تلك
الظواهر زيادة عن غيره من الاشخاص بل تكون هذه الظواهر يظهر انما
تدله على ينوع احساسه المرضي فيوما يظن انه مهتد بالاصابة بالسكتة
الدماغية ويوما آخر يجرس في المعدة او بالسل الرئوي او باقعة ضوئية في
القلب او غيرهما من الامراض الثقيلة التي تكون دائما بنسبة احساسه
المرضي الثقيل فيجتهد على الدوام في قراءة النصائح الطبية او غيرهما من
كتب الطب لكنه بدلا عن كونه يجد فيها ما يعينه على تسكين روعه
يجسد امراضا لم تكن مقاومة فيظن انه مصاب بها وكذا تسلطن هذا
المرض اذا اضطراب القوة الحياكة عند المريض بالنسبة لصحته
وحيث ان البراهين العقلية لا تنزل الاحساس بالمرض عنده فلا يكون فيها
طائل فر بما يكون الطبيب ترك المريض بعض ساعات بعد ان استعمل كل
جهده في التأكيده بان حالته ليست خطيرة ثم يأتيه مندوب من طرف
المريض او خطاب يدعو الى المبادرة اليه ثانيا بالقول بان حالته اعتراها
تفسير واضح وفي احوال اخرى شيئا التي يوجد فيها تغير مرضي في احد
الاعضاء ولو واهيا لا يغبر المريض المصاب بالايبوخونداريا تصورات
بسرعة بل تبقى تصورات قاصرة على مرض مخصوص ولا تبحر افكاره
ملازمة له والاحساس المرضي الثقيل عند المصابين بالايبوخونداريا
لا ينال وجود الامل عندهم في الشفاء ولذا ان المصابين بهذا الداء
يُسدر ان يقصوا حياتهم بنفسهم ولا يملون من استشارة الاطباء واتباع

طرق علاجية مختلفة بل قد يكون الامل في الشفاء عندهم عظيما جدا
ويكون ذلك هو السبب في سرورهم بحيث ان مثل هؤلاء المرضى يظهر
السرور العظيم ولومع استمرار الاحساس المرضى عندهم لكن هذه
الفترات تكون غالباً وقتية وتظهر عند الالتجاء الى طبيب جديد أو عند
الشروع في اجراء طريقة علاجية مستجدة لكن عما قبل من الزمن يعودون
الى سوء الخلق والكدر

وكل من التعبير الوهمي في الاحساسات والحكم خطأ على حالة جمهم
يكون عبارة عن هذيان حقيقي فان ينبوع كل منمات كدر الاخلاق
المرضى كما هو الواقع في التصور الجنوني في غير هذا المرض من الامراض
العقلية كما قاله (جورنجر) ولا يبوخونداريا مشابهة عظيمة
بالاستيريا بالنسبة لوجود عدة مكابيات تعرضها المرضى على الاطباء
وتصفها وصفاينافائقا عن الحد مع كون نتيجة البحث الدقيق عنهم بالعلامات
المدركة لا يستدل منها على شيء غالبا وكذا يوجد في الايبوخونداريا
اضطرابات وظيفية في الاجزاء المختلفة من المجموع العصبي ولا سيما
في الاجزاء الحساسة منه فتظهر آلام وثورانات حسية في كل جزء من الجسم
كالا احساس بالضغط والتمزق والوخز والتنمل والحرارة والبرودة والكدر
والقشعريرة والنهض ونحو ذلك وكذا تظهر اضطرابات في الحواس العالية
كازدياد الاحساس وتناقضه فيها والهاوسة والطنين وفي غير ذلك من
الاحوال يكون معظم شكواهم من الدوار والغثاء وقد تظهر بعض
اضطرابات في اعصاب الحركة فتشاهد ظواهر تشنج او تقلصات في بعض
العضلات وأما ظهور التشنجات العامة أو الشلل فتنادرجا وظهورها
يدل غالبا على مضاعفة استيرية وجميع هذه الظواهر يكون ينبوع الكدر
عظيم واضحير غير مطاق عند المريض

والايبوخونداريا مرض مستطيل غالبا فقد يستمر طول الحياة ومع ذلك
فقد يشاهد عند الشبان على الخصوص نوب ايبوخوندارية وقتية تترد بجملة
مرار وتزول بعد قليل من الاشهر وسبب هذا المرض يظهر فيه ولا بد جملة
ثورانات وانحطاطات على التعاقب بل قد توجد فترات تامة فيها تكون

الحالة الصحية جيدة للغاية وهذا المرض لا يرتقي في معظم الاحوال الى درجة عظيمة جدا بحيث ان المصابين به يمتنعون عن تميم اشغالهم بل كثيرا من هؤلاء المرضى من يكون له قدرة الحكم على نفسه بحيث لا يعلم حالة تكدر افكاره الا من كان قريباً منه بالسكينة واما في الدرجات المتقدمة من هذا المرض فثبوت الحكم على النفس تفقد منه بالسكينة فتسل هؤلاء المرضى تنتفت افكارهم فلا يشتغلون بما حولهم ويترددون في صنائعهم بل وعائلتهم ولا يكون لهم ذوق الا في وصف احساسهم المرضى والفحص عن ينابيعه وبعضهم يفقد الجزاء بحيث لا يمكنه المشي في الطرق خشية رجوع النوبة ولا الاقامة في مكان طلق (وهذا هو المعبر عنه بالعيب من طلاقة الهواء) فلا يترك فراشه ولا كرسيه ومع هذا فالمرضى لا يتغير محنته ولا تغذيته الا فيما بعد لكن كثيرا ما يضطرب كل من الشهية والنوم ويكون الحضم غير تام مصحوبا بضغط في القمم الشراسيفي وتكون غاز مع اعتقال في البطن بحيث كثيرا ما يتغير الحكم بان كانت الاضطرابات الهضمية ضيق هذا المرض او نتيجة له ومن النادر ان تؤدي الايبيوخونديا الى الحسالة ما لم تطرأ مضاعفات اخرى من جهة الاعضاء المهمة كما ينذر ايضا حصول انحطاط عظيم في القوى ونحافة من ازدياد اضطراب التغذية ولا تؤدي الدرجة العظيمة من الايبيوخونديا الى الجنون الواضح الا في احوال استثنائية

وينبغي للطبيب عدم التراخي في دقة البحث عن جميع جسم المصابين بالايبيوخونديا فان هذا المرض لا يندر ان يكون ناشئا عن تغير عضوي واضح به يتم التشخيص وما ينبغي ذكره معرفة كون لفظة ايبيوخونديا ليس عند المرضى منها تصور واضح اكثر منهم من يسترئ بهذه التسمية بل يستر عتد ذكر الطبيب له بأنه مصاب بالايبيوخونديا فالشخص السامع متى تراءى له ان المصاب ليس مصابا بآمن في الدماغ أو تيمس في النخاع او سرطان في المعدة أو مرض من الامراض الذي يزعم انه مصاب به يعتبر ان جميع مكابذاته وهمية حيث انه لا يميز بين الاحساسات المرضية للمريض المدركة حقيقة له وبين التوضعات الكاذبة التي يهر بها المريض عن احاسائه غير الطبيعية

في المعالجة

قوة المعالجة في هذا الداء قاصرة كما هو المعلوم فإنه ليس لنا واسطة علاجية
نوهية كافية في إزالته والاطباء وإن شاهدوا بكثرة حصول شفاء تام مستمر
في كثير من أحوال الايبوخوند أريالاسيما عند الشبان فإنه من المحقق
أن هذا الانتهاء الجيد في كثير من الأحوال إنما يتعلق بحالة مخصوصة
بالجسم ومع ذلك فن الخطأ القول بأن المناعة في الحصول على ذلك ليس لها
أدنى دخل وإنما الطريق لآثالة ذلك تختلف اختلافا عظيما بحسب الحالة
الراعية وتحتاج لفظنة تامة عند الطبيب وذلك لعدم وجود جوهر نوعي
دوائي ويظهر أن أول واجب على الطبيب معرفة السبب الأصلي وأزالته
ومن أنه قد بكثرة أن أحد الأسباب السابق ذكرها سواء كان عقليا أو ماديا
متى نجح في أنه هو المحدث لهذا المرض ويكون مستمر التأثير يزول بزواله فعند
الانتماض الايبوخوند اريين غير الضعفاء والمدمنين على التغذية الجيدة
والمصابين باضطرابات معدية وامساك واحتقان دموي في البطن السفلي
وبواسير ونحو ذلك ينبغي تنظيم التدبير الغذائي وتلطيفه لهم والاهتمام
بالرياضة مع استعمال بعض مقادير من ملح جلوبر أو بعض المياه الكالورية
الصودية الطبيعية (كماء مارين باد وكينجسج وهو مبورغ ونحوها)
أو بعض المياه الكبريتية اذ إن استعمال ذلك حينئذ تنجح عنه فترة عظيمة
وفي أحوال أخرى تكون هذه المعالجة غير صائبة بل مضرة وحينئذ يفضل
استعمال بعض مياه الينابيع الجديدية ومن الجيد أجاؤه في جميع
الأحوال منع المرضى من جميع الأحوال المخالفة لحالتهم الصحية ووضعهم
في شرب وطعام صحية جيدة ومن هذا القليل منعهم عن أنسغالهم الجسمية
الشاقة والمنبهة وأمرهم بالسياحة والسكنى في الخلوات أو الجبال مع المعالجة
بالمياه المعدنية حاما أو شربا وأشهر الطرق العلاجية في ذلك المعالجة بمياه
كارلوسبة المعالجة بقوة أو بالحمامات الباردة بما يمكن المريض في حالة
ضعف أو ثوران في الحساسية بحيث تكون برودة الماء البحري مضرة بهجته
وفي مثل هذه الأحوال تستعمل المياه الكالورية الصودية الفاترة
ومن أهم الأمور في هذا المرض الاعتناء بالمعالجة العقلية وذلك بأن يثبت

للرئض خطأ تصوّره بأنه مصاب بأحد الامراض العضالة وأنه على شفا
فقد الادراك والطبيب حيثئذ وان لم يكنه شفاء المريض بذلك لكونه لا يتيسر
له ازالة الاحوال المترتب عليها الاحساس المرضى عند الايبوخونداريين
الا انه بذلك يوجد للرئض هده وامثنان ولو كان وقتيا ولذا ان كثيرا
من المصابين بالايوخونداريا من يرغب في تكرار استشارة الطبيب

وهناك معالجة جسيمة في هذا المرض وهي تحويل افكار المريض عن
تصوّراته بان يوصى بالرياضة الجسمية والقيام بالطبقة بحيث يمتنع عن
اشتغال افكاره بالاحساس المرضى وهذه المعالجة تنجح في الاحوال الخفيفة
من هذا الداء بشرط أن تكون موافقة لحالة اشتغاله وتصوّراته فمثلا
لو اشتغلا أحد العلماء والتجار بنشر خشب لما أثر ذلك معه فان اشتغال فكره
بنشر الخشب لا يجدي عنده نفعا وفي اثناء النوب الايبوخوندارية
الشديدة لا تتم طريقة تحويل الافكار بل ان جميع طرق التسلاهي
والانصراف تزيد في شدة المرض

وعندي مشاهدة كثيرة الفائدة من هذا القبيل وهي مشاهدة رجل ارناو طي
صحيح البنية يبلغ من العمر اذناك نحو ٥٠ سنة مقيم في مصر من عهد قديم
اعتراه في سنة ٧٨ هجرية ايبوخونداريا شديدة على شكل نوب متوالية
والعدم وجود تغيرات واضحة عنده في الاعضاء المخلفة الباطنة نسبت
حصول هذا المرض له لانفعالات نفسية واشتغالات عقلية وذلك هو الواقع
وكان في اثناء الفترات يتشكى باضطرابات همجية خفيفة ألجأته
لاستشارة عدد عظيم من الاطباء واتخاذهم طرقا علاجية مختلفة واما في اثناء
النوب فكان يشكى باحساسات عجيبة كتحمل الاطراف وارتفاع الحجاب
الحاجز وانخفاضه والصبر والقلق والرعب الشديد والاحساس بانطفاء
النفوس وزوال النبض فكان يرتجى اذناك بتكرار الطلب بارسال خادم بعد
الآخر حتى كان يجمل له ان كل نوبة طرأت عليه اشد من الاولى وبها تنتهي
الحياة فاستعملت له وسائل علاجية متنوعة كتحسين حالة النساء الهضمية
ونظيم التدبير الغذائي واعطاء المياه المعدنية الملهة والقلوية والرياضة
وتعاطي بعض المنومات (ك بعض نقط من الايتير وصبغة السكاكتور ونحو

ذلك) في اثناء النبوة والوسائط العقلية في ازالة تصورات الوهمية بانه
مصاب بمرض عضال فلم يكن يجدي ذلك نفعا الاوقته اذ كانه حين حضوري
واستعمالي لتلك الوسائط كانت تزول نوبته ويزعم حصول الشفاء لكن
عما قليل من الايام تعود النبوة حتى كدت ان اضيق ذرعا فالتجأت الى
استعمال الطريقة المحولة للافكار وذلك بانني في النبوة الاخيرة بدل ان
أسكني روعه والاطفه في العلاج زدت رعبا على رعبه وقلت له عند جس
النبض ان النبض حالا لضعيف وأخذ في الضعف زيادة قو ان التنفس لضعيف
الغاية وان الحالة لنجفة ونجاة هلت في السؤال كقول له أهل البستان في
متزك فقال نعم مع الاضطراب فقلت وهل موجود به خلق وفاس فقال
نعم فقلت هلم واعزق في البستان حتى يعود النبض المنطفي فأمرع الى
ذلك متكئا على خدمه الى ان وصلنا الى البستان وهناك أمرته بالعزق
ففعل وكان اذ ذلك يدعي بان الهواء قتله في حالة العزق فأمرته بالتدادي على
ذلك حتى اشتد تعب وزاد نصبه وغزر عرقه فزال بذلك نوبته فأمرته مع
التشديد والتدقيق والحاضرين معه انه ان عادت النبوة البسة فلا سبل
الى ندي ثانيا خوفا من اضاعة الوقت فيه لا يجدي بل متى عادت يلزمه أن
يسادر الى العزق فتدادي على ذلك وشفي وهو الآن في صحة جيدة

﴿فصل﴾

* (في أمراض الجلد) *

حيث كانت التغيرات التي تعترى الجلد في الأمراض التدممية الحادة
والأزمنة مبسطة مع باقي أعراض الحصبة والقروية والجدري والتيفوس
والداء الزهري وباقي الأمراض التدممية لكونها عسيرة عن بعض
مجموع الاضطرابات الغذائية التي يحدثها التسمم العام في تلك الأمراض
فلا تعرض للكلام عليها هنا

ولما كانت الأمراض الجلدية كباقي أمراض الأعضاء الأخر فتختلف
باعتلاف التغيرات المرضية التشريحية التي تنتج عنها فلنقسمها أمثلا
وتسكام على ضخامة الجلد وضروره ثم احقاقه وانتهيه ثم التزييف
والالتهابات ثم التولدات الجديدة والطفيلية لكن حيث انه يمكننا مشاهدة

اختلاف شدة تغيرات الجلد المرضية وامتدادها زيادة عن تغيرات غيره من الاعضاء وكان ملاحظة بعض الأفراسات الجلدية المرضية الغير المصحوبة بتغيرات جوهرية مدركة كان تمييز عدد الامراض الجلدية عن بعضها سهلا بالنسبة لغيرها من الامراض الاخر وحيث جرت العادة بتسمية الامراض الجلدية باسماء مخصوصة غير التي تسمى بها التغيرات الغذائية الشامة لها في اعضاء اخرى ساغ لنا ان نقتفي ذلك ونضم له على الدوام الاسم المطابق للتغيرات التشريحية المرضية واما تقسيم كل من الامراض الجلدية الى انواع عديدة تحته فلا فائدة فيه ولان ذكره الامع الاختصار

(في ضخامة الجلد على العموم)

اما ضخامة الجلد التي يحصل فيها هذا التغير في جميع اجزاء الجلد كالنسوج الخاوي والاوعية والاعصاب والبشرة والشعر والاجرة الجلدية فلا تظهر الا فاصرة على بعض اجزاء الجسم مكوّنة لتغيرات خلقية كالحلمات المرتفعة على سطح الجلد والحلمات الجلدية الرخوة وتقع تلك فلا تكون الضخامة في هاتين الحالتين بدرجة واحدة في جميع اجزاء الجلد بل في أغلب الوجات والحلمات الجلدية الرخوة وشاهد ازدياد تكون في المادة الملوّنة والشعر بحيث انها تنضج بلونها الامهر أو المسود وبشرها الكثيف العظيم الناشئ منها

وكثيرا ما يشاهد غو الاخيلية البشرية القرنية وترتكها على بعض اجزاء الجسم ومن ذلك نشأ التيبسات الجلدية والثآليل اي عين السمكة والقرون الجلدية فالتيبسات الجلدية عبارة عن ارتفاعات سطحية مفرطة من دائرتها بالتدريج ذات هيئة قرنية وشكل مستدير أو غير منتظم والجلد السكّان اسفل منها اما أن يكون طبيعيا او قليل الاحتقان وتشكون هذه التيبسات في المحال المعرضة لضغط غير منتظم ولذا نشاهد في العقبين وفي أنحف القدمين عند كثير من الناس وفي ايدي الحدادين وغيرهم من أرباب الصنائع المفتقرة لعمل اليد وفي سبابة الخياطين وغيرهم واما عين السمكة فهي عبارة عن ارتفاعات قليلة الامتداد صلبة جدا سميكه ذات شكل مخروطي تحدث نوع ضهور في الجلد بسبب انضغاطها فيه بواسطة النعال

وأما القرون الجلدية فقيم اتصل ضخامة الطبقة البشرية في صغر محدود منه
الى درجة عظيمة بعدا ومع ذلك توجد قرون جلدية غير ناشئة من الحلمات
الجلدية بل من أجربة شعر بقعة مددة وتكون حينئذ عبارة عن شعر في حالة
نمو وضخامة عظيمين جدا وأما الضخامة المنتشرة للطبقة البشرية المتعلقة
بنمو في الجسم الحلي وتعرف بالبرياز من ان كانت خفيفة او بالا كيبوزس
ان كانت درجتها ثقيلة فسنفرضها بالبيان الشافي في مجتها

ثم ان اللون المسمى الحلقى لبعض الاشخاص انما ينتج عن كثرة تكوين المادة
الملونة المسمرة في هالات الشبكة الملبية كانه قد يشاهد عند كثير من
الناس حالة خلقية غير طبيعية فيها تراكم المادة الملونة المسمرة في محال
محدودة من هالات الشبكة الملبية فينشأ عن ذلك لطف أو يقع مسمرة
او مسودة تعرف باللامتافان كانت هذه البقع عظيمة الحجم سميت بالوجات
وان كانت صغيرة في حجم العدسة سميت بالنكت الكبدية (وتعرف بالخال
او الشامه) وهذه البقع المسمرة عظيمة كانت او صغيرة التي هي غير مصهوبة
بضخامة في الادمة الجلدية وغير مرتفعة عن سطح الجلد كثيرا ما تكون
موشحة بشعر غزير وتكون المادة الملونة المسمرة يزداد عند كثير من
الاشخاص بتأثير ضوء الشمس وحرارتها والرطوبة والارياح وبذلك يكتسب
جلد الاعضاء العارية عند العساكر والزراعيين والملاحين لونا مسمرا مستويا
عادة ومن الغريب ان المادة الملونة المسمرة قد لا تزداد بتأثير الاسباب
المذكورة عند بعض الاشخاص بحيث يقال ان الشمس لا تؤثر عادة فيهم
يعني انهم لا يحترقون من الشمس اى لا يسمرون منها وما يحسرون جسيمه ان
المادة الملونة المذكورة لا تزداد بتأثير ضوء الشمس وحرارتها ولا بالرطوبة
والارياح عند بعض الاشخاص خصوصا الشقر ذوى الشعر الاحمر واللون
الايض جدا الا في اصفار محدودة بحيث تراكم المادة الملونة فيها وتكون
في وجوههم وايديهم بقعا مسمرة مستديرة كثيرة الدكنة او قلبية الى اثناء
الصيف ولوا تقوا حرارة الشمس بواسطة الثياب مثلا وهذه البقع تسمى
بالبقع الصيفية وكان جلد الملاحين المتلون بالمسمرة تتناقص ممرته في
اثناء الشتاء او عند مكنهم في بيوتهم فكذا يزول لون البقع الصيفية زوالا

تدريجياً في أثناء الشتاء أو يفقد بالكلية وقد يتسمر أزاله البقع السمرة الصيفية
بواسطة الجواهر الدوائية التي تحدث زوال الطبقة البشرية مع الطبقة
السكائنة أسفل منها المتراكمة في المادة الملونة السمراء الانتهائية بعد
بعض أسابيع متى تعرض الجلد لثورات السابق ذكرها .

والمصنعات المستعملة بكثرة في مثل هذه الأحوال ليست الا وسائل مخسنة
للجلد وقتياً وكذا يقال في المكدمات الموصى بها من المعلم (هيرا) المكونة
من خمس قممات من السليمانى الا كمال وافية تمن الماء المقطر (اعنى ٣
دبى جرام على ٣ جرام) وهذه المكدمات تستعمل مدة بعض ساعات
مع الاحتراز من كون الرغائد المغموسة في محلول السليمانى تكون ثبات
على الجلد عقب استعمال ذلك ومتى حصل التهاب شديد في الجلد عقب
استعمال ذلك وجب تغطيته برغائذ مغموسة في الزيت فبذلك تزول البقع
الصيفية في قليل من الايام (وذلك حال نفلس البشرة) وكثيرا ما تكون
عند النساء الحاملات والمصابات بامراض في الاعضاء التناسلية بقع مسمرة
على الجبهة والشفة العليا تسمى بالبقع الرحمة وهذه البقع تزول عقب الوضع
عند أغلب النساء وقد تمسك هذه ناطويلا أو تستمر على الدوام عند بعضهن
وهذه الظاهرة غير واضحة التوجية بالكلية كازدياد المادة الملونة
السمراء حول حلبة الثدي عند الحاملات وفي الخط الأبيض للطن

وزيادة على الضفامة المنتشرة بالمصمم الحلى في المرض المعروف بالاكثيوز
أي الداء القشرى يوجد تضفامة قاهرة على بعض الحلمات الجلدية
مصحوبة بنموزا تدعى الطبقة البشرية المغطيتها وذلك يؤدى لتكوين
ما يسمى بالثآليل أو بالطحخ العريضة فالثآليل تنشأ عن استطالة عدد
قليل من الحلمات الجلدية وبانضمامها بعضها فتكون البقع الصيفية
في أيام قلائل مع نفلس البشرة وتكون مغطاة بطبقة بشرية كثيفة صلبة
واذا حصل انفصال في الحلمات الجلدية المتكونة من الثؤلول وتغطى
كل منها على حدة بطبقة بشرية شوهت الثؤلولة متشققة ذات
ألياف

واسباب تكون الثآليل غير واضحة وعدم النظافة ليس له الا تأثير قليل

جدا في احداثها فاقدم اقد تظهر بسرعة عند الامتصاص التلخيفين جدا
وتتشعر على الجلد الابدي خصوصا بعد عظيم كما ان علة وال هذه الحلمات
أحيانا زوالا سريرا غير واضحة والعامة تنسب ذلك عادة لتأثير بعض الوسائط
الاعتيادية أو المهياتوية

وأما اللطخ العريضة فتتميز عن الحلمات بكون الحلمات الجلدية فيها
لا تستطيل فقط بل يخرج من جوانبها مع ذلك تولدان جانبية ولا تكون
منطقة ببطقة بشرية مبيكة وتنقسم اللطخ العريضة الى شكلين أحدهما
الابرية والثانية المفرطة فالاولى أكثر ما تشاهد في النساء الخاملات لقناة
مجرى البول والمهبل وبعض محال من الجلد المنفذة بافراز السيلان المجري
أو المهبل وشكلها اما ان يكون توتيا أو قريبا أو ذا هيئة شبيهة
بعرى الديك اذا كانت معرضة لضغط جانبي واللطخ الابرية تحتاج الى معالجة
موضعية

وأما اللطخ المفرطة فتكون بها شبيهة باللطخ الابرية غير ان تكون ارتفاعات
سطحية مفرطة ولها ميل عظيم للتقرح السطحي وأكثر ما تشاهد هذه
اللطخ في الشفرين العظيمن والصغرى وبين الالبتين ويندر مشاهدتها
في الشفتين وبين اصابع القدمين وحيث انها تعلق بمسرح بني عمومي
فانها تحتاج الى معالجة عامة زهرية لا موضعية

وأما الضخامة المحدودة للانسوج الخلوي المكون للادمة فينشأ عنه
ما يسمى بالبيومبوس الجلدي وما يسمى بالاورام الليفية الرخوة البسيطة
التي تكون أحيانا أوراما عنقية يابسة وهناك نوع آخر من ضخامة الادمة
الجزئية ينشأ عنه اورام غير منتظمة ذات قوام ندبي تسمى بالكلويد
وتبيس الادمة

وأما ضخامة الجلد المنتشرة والمنسوج الخلوي نخبه فينشأ عنهما ما يسمى بداء
الفيل العربي الذي سنتكلم عليه في المبحث الثاني مع التفصيل

وأما نمو الاوعية الشعرية للادمة وضخامتها التي تصطبأ أحيانا بضخامة
في المنسوج الخلوي فينشأ عنهما اللطخ واورام حمراء أو مزرقة متجمعة في الجلد
تعرف بالاورام الانتصائية وهذه الاورام اما ان تكون خلقية (أي اورام

اتصاية خلقية) وانما تكون عقب الولادة بزمن قليل وتنقسم هذه الاورام الى شكلين أحدهما الشكل الذى فيه تبقى على حالتها بعد ان وصلت حجم معلوم بدون تغير والثانى الشكل الذى فيه تنمو وتغزوا تدريجيا وتؤدى لحصول انزعة غزيرة عقب غزق الاوعية الشعرية المتعددة تمدا زائدا عن الحد

واما ضخامة الشعر وتغوه وضخامة الاجرية الجلدية فى اصغار محدودة من سطح الجسم فنسكا دتصاحب على الدوام الاضطرابات الغذائية التى ينتج عنها أغلب البقع الممهرة أو الوجات واما غوش شعر الدق أو العانة غوا زائدا مع تقدمه فى الظهور عن وقته واطهور الشعر فى جميع سطح الجسم أو فى بعض أجزائه ظهورا غير ضاعف بامراض أخرى فيه من المستغربات والنجائب لا كرض

وتم ضخامة الاجرية الدهنية الشعرية وتمتد لها وامتلائها بجسيمات بثرية مفرجة وبكرات دهنية شفاقة تنشأ اورام تسمى بالاورام البثرية الرخوة وهذه الاورام التى تكون فى حجم الحصاة تكون مغطاة بتسدها بالجلد السليم ثم يتوزع الجلد المغطى لها عند غوها ويحمر وينجذب من مركزه على هيئة قمع صغير ويظهر فى محيطها أورام جديدة بحيث يغطي الجلد فيها بعد بعدد عظيم منها وهذا الامتداد المستمر والعدوى المحققة فى بعض الاحوال يثبتان عدوى هذا المرض عند بعض الاشخاص والاصل الحامل للجوهر المعدى يظهر انه موجود فى الجسيمات الدهنية السابق ذكرها وتسميها العوام (السنط المعدى)

﴿البحث الاول﴾

﴿فى الضخامة المنتشرة للجسم الحلى والبشرة المعروف بالاكتيوزس﴾

﴿فى الداء القشرى الدهكى المعروف بالتممك﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

قد ذكرنا فيما سبق ان ازدياد تكون البشرة وغوها فى الداء القشرى انما ينتج عن ازدياد وغو الجسم الحلى والبشرة والملازمة ازدياد امراضها ثم ان المعلم

(برئيس برونج) الذي اشتغل كثيرا بالامراض الجلدية واتبعنا أشغاله في هذه المباحث ميز لتسلك شكايين الاول الشكل الخلقى اى الايكتيوزس الخلقى الذي به تولد الاطفال مغلفة بطبقة قرنية سميكه والثانى الشكل العارضى لهذا المرض اى الايكتيوزس العارضى او الحقيقى وفي الشكل الاول تولد الاطفال ميتة او انما تمك حال عقب الولادة وبالبحت يتضح ان الطبقة القرنية المغطية لها اكتسبت الصلابة واستحوالت الى مادة قرنية يابسة من ابتداء زمن الحياة الرجية بسبب اختلاط الطلاء الدهنى المكون من الاخلية البشرية والطبقة الدهنية وانضمام اجزائه الى بعضها ومن الواضح ان هذه الطبقة القرنية العديمة التمدد لا تتكفى في تغطية الجنين عند نمو جسمه فتتجزأ الى جولة أجزاء وقشور تعوق نمو كثير من الاعضاء كالانف والشفتين وصبيان الاذن واصابع اليدين والقدمين وفي الشكل الثانى يظهر ان ضخامة الجسم الخلقى الناتج عنها هذا المرض حالة مرضية وراثية وعدم مشاهدتها في ابتداء السنة الاولى من الحياة انما يحصل من كثرة مراعاة النظافة الجلدية عند الاطفال في هذا السن وبالبحت يرى ان كثيرا من الاطفال المصابين بهذا المرض ورثه عن ابويه أو اقارب مصابة او كانوا مصابين به سابقا

وزيادة عن الايكتيوزس الحقيقى الذى يكون منتشرا على معظم سطح الجسم توجد أشكال خفيفة أخرى من الايكتيوزس العارضى تكون قاصرة على بعض أجزاء الجسم وتصاب داء القيل عادة

﴿ الاعراض والسير ﴾

يكون الجلد فى الاشكال الخفيفة لهذا المرض بدلا من منظره الملس ذا منظر خشن ويتغطى بقشور رقيقة مبيضة وهذه الاشكال الخفيفة من هذا المرض المعتبر فيها لفظة بتريازس اى الداء التفاسى النخالى وهو الذى يكون تغلس البشرة فيه ناتجا عن ازدياد تكون الطبقة البشرية لاهن تغيرات مرضية أخرى وذلك يعرف من الحالة العامة للمريض وقعدظواهر احتقان الجلد والتهايه وعدم تفسير افرازه وافر ازاجر بته الدهنية ومعظم احوال تغلس فروة الرأس التى فيها يصير شعر الرأس مختلطا بقشور رقيقة

وتتغطى بأفئ الملابس بها كذلك فليست ناجحة عن ازدياد في تكون البشرة
بل عن حالة النهائية خفيفة في الجلد وكذا تقلس بشرة جلد اليدين
والقدمين ينتج عادة عن التهاب سطحي خفيف ومنشرح ذلك عند الكلام
على الاجزما

واما الايكيتوزس الحقيقى فقد يحصل فيه انفصال البشرة على شكل قشور
عظيمة ضخمة دائرية بسبب تلوثها بالمادة الملونة الممطرة وساختها وفى اعلى
درجة هذا المرض تكون البثرة اطفاق رنية او ارتفاعات حلقة مديسة
كالشوك ولذا يميز بعضهم الايكيتوزس الى جملة أشكال كالايكة توزس
البسيط والقرنى والشوكى (المعروف بشوك المنزير) وليس الامر كذلك
بل هي درجات مختلفة لمرض واحد وبعض اجزاء الجسم تبقى مصانة من هذا
المرض كالوجه وراحة اليدين وحفرة الابط والمابض والاريتين وأعضاء
التناسل وبعضها تكثر اصابته كالجهة الوحشية من الاطراف العليا والسفلى
وخصوصا قسم الركبتين والمرفق وعلى عدم مشاهدة هذا المرض عند
الاطفال المصابين به المولودين جديدا انما يوجه كإفاله الشهير (هبرا) يكون
الاطفال فى بطون أمهاتهم جدد على الدوام فى نوع حمام حار مستمر وبذلك
تقتنع الاخلية البشرية وتسترخى ومن جهة أخرى يقال انه بسبب كثرة
وساختهم وتكرار استعمالهم لا يمكن نرا كم الاخلية البشرية عندهم
بحيث لا يمكن معرفة المرض من ابتداء الحياة

المعالجة

هذا المرض غير قابل للشفاء فالتنا لا تعرف واسطة علاجية بها يمكن ازالة
ضخامة الجسم الحلقى وقد دلت التجارب البديدة على عدم نجاح كل من الزرنج
والمركبات الانيمونية والقطران وغير ذلك من الجواهر الدوائية ظاهرة
كانت أو باطنية بحيث لا حاجة لتكرار التجارب بالجواهر المذكورة
وأجد شىء يوصى المريض باستعماله الحمامات الحارة والتبخارية كل يوم
مضغها اليها القلويات أو غير مضان لها ذلك مع ذلك بالجواهر الدسمة
كزيت الزيتون والقطران أو الصابون المظفرن اذ بذلك تلبس القشور
ويتم اقصاها ويمنع نرا كم الاخلية البشرية

﴿المبحث الثاني﴾

﴿في الضخامة المنتشرة للجلد والمنسوج الخسلوى فتحته﴾ *

﴿المعروف بالأكيدرعى أو بداء القيل العربى﴾ *

﴿وكيفية الظهور والاسباب﴾

التهاب الجلد التهابا متكررا ولا سيما المصعوب بانسداده متكرر دائم في
الاوردة والاعية الليفنفاوية يؤدي لحصول ثخانة اى ضخامة عظيمة في الجلد
والمنسوج الخسلوى فتحته السكان بين ألياف الجوهر العضلى بل وسحقاق
وعظام الاجزاء المصابة وهذه الحالة هي المسماة بثخن الجلد أو بداء القيل
العربى بسبب غلظ الاجزاء المصابة وعدم انتظام شكلها وايمس بينها وبين
داء القيل الروماتى ادنى مشابهة ولا اشتباه ولا نعلم لماذا ان الالتهاب المتكرر
للجلد والاوردة مع انسدادها هي والاعية الليفنفاوية ينشأ عنهما فى بعض
الاحوال داء القيل وفى احوال أخرى لا ينشأ عنه ذلك كما وانه من المجهول
هل ينابجسد لماذا ان تلك التغيرات تحدث هذا المرض فى بعض الجهات
خصوصا الجهات الحارة الرطبة أكثر من غيرها -

﴿الصفات التشريحية﴾

أكثر ما يصاب بهذا المرض الطرف السفلى فيوجد منتفخا انتفاخا أوديمياويا
عظيما منتظما أو غير منتظم بحيث يجاوز حجمه الاصلى مرتين أو ثلاثة
ويوجد الجلد فاقد الحسرة فلا يتزخزخ ولا يعطى بقشور بشرية مميكة فى
الاحوال التى يكون فيها الجسم الخلى للجلد مشتركا فى الضخامة ومنسوج
الجلد والجوهر المصعوب فتحته يكون مستحيلا الى مادة يابسة مميكة ضخمة
وعند النظر اليها بالميكروسكوب توجد مشتملة على أخلية ليفية جديدة
التكوين وعشبة وكذا الاضلاف توجد ضامرة مكابدقلا استخالة الشحمية
بسبب قدش شكلها والضغط الواقع عليها من المنسوج الخسلوى المتكاثف
ال محيط بها وكثيرا ما يوجد انسداد فى الاوردة والاعية الليفنفاوية أوعى
دوالى فيها أسفل محل الإصابة وعين هذه التغيرات التشريحية يشاهد فى
الاطراف العليا عند ما تكون محاسا للاصابة وفى الصفر وتعرف حينئذ
بالثخيلة اللحمية (وعند العامة بالباططة) وفى القضييب وفى الشفرين العظيمين

﴿الاعراض والسير﴾

داء الغيل ينتدئ بظواهر التهاب جلدي جرى أو بظواهر التهاب الاوعية الليفنفاوية والوريدية وبعض الاعباء وان ذكر ان الظواهر الموضعية تسبق في هذا المرض بظواهر مرضية عامة اى حية شديدة الا أن الظاهرة ليست خاصة بداء الغيل فانه في غير ذلك من الامراض الالتهابية كثيرا ما تكون الاعراض العمومية أكثر وضوحا في ابتداء من الاضطرابات الوظيفية الموضعية للعضو المصاب ثم بعد انحطاط الاعراض الالتهابية الموضعية لا يعود العضو الذي كان منتهجا الى حجمه الطبيعي عادة بل يبقى فيه بعض انتفاخ ذي قوام عجيني رخو وبعد عدة أشهر تحمل نوبة أخرى ذات سير شبيه بسير النوبة الالتهابية الاولى يخلفها انتفاخ في العضو المريض زيادة عما سبق وكما كثر تكرار النوب وكانت الفترات بينها قصيرة كان العضو المصاب أكثر تغيرا في الشكل والثقل وحل محل الانتفاخ العجيني الناشئ هن الارتشاج الاوذي مماوى انتفاخ صلب جدا ناشئ عن تكون جديد من منسوج خلوي مندمج فاذا امتد داء الغيل من الجزء المصاب ابتداء الى الاجزاء المجاورة امتدادا تدريجيا عقب تكرار النوب شوهد في الطرف المصاب جميع درجات المرض والمرضى لا تشتكي بألم الا من تكرر نوب الالتهاب في الاجزاء المنتفخة التي كثيرا ما تكون مجاسا لالتهاب سطحي متكرر اجز تيسماوى مصعوب بنضج سائل تحت البشرة وعلى سطحها السائب ومن الواضح ان حركة الطرف المريض تكون متغيرة جدا في هذا المرض

﴿المعالجة﴾

قد يقصّل الطبيب على تحسين عظيم بل وشفاء لهذا المرض في الاحوال الغير العتيقة جدا وذلك بواسطة المعالجة اللاحقة ففي أثناء نوب الالتهاب التي تظهر لهذا المرض ينبغي وضع العضو وضعا مرتفعا وابتاؤه في هذا الوضع زمنا طويلا ولو عدز وال نوبة الالتهاب ومع ذلك يستعمل التبريد بواسطة المكدمات الباردة أو الجليدية مع ذلك بالمرهم الزئبقى وعندز واله بالسكاية بشرع الطبيب في اجراء الضغط المنتظم الشديد وذلك بلف الطرف

لفاحلزونيا بحيث ان كل لفة تغطي اللفة التي قبلها ويتبني الضغط بهذا
الرباط الحلزوني ضغطا قويا جدا فان المريض قد يملأ بدون ضرر ولا مشقة
والرباط من عادته يتزخر بسرعة والدواة المنتظمة على هذه الطريقة
العلاجية كثيرا ما يحصل منها نجاح عظيم

وقد استعمل في العصر المستجد بصفة فائدة الفيل في الاطراف ربط
الشرابين ولم يقدح نجاح ذلك الى الآن

واما القيلة اللحمية للصفن التي فيها كثيرا ما يصل الصفن المنغير للركبتين
ويصل الى ما ينفذ عن مائترطل أحيانا فينبغي فيها ازالة الورم بالسلاح
كداء الفيل المصيب للسفرين العظيمين ايضا

(ثانيا)

(ضمور الجلد)*

ضمور الجلد يشاهد بكثرة كظاهرة من جملة تطوهر التهوكة العامة سواء
كانت شيخوخية أو ناتجة عن امراض منهكة فعند رقبته على هيئة ثنية
أو عند شقه بالمشرط عند الاشخاص المنهوكين يوجد متناقص الى السمك
تناقصا واضحا جدا ويوجد الجلد زيادة على ذلك مغطى بقشور من أخلية
بشرية منفصلة وذلك ليس ناشئا عن حصول ضخامة في البشرة مصاحبة
لضمور في باقي اجزاء الجلد بل ذلك انما نشأ عن تناقص افراز الاجرة الجلدية
بسبب ضمورها فانه بهذا الافراز تحفظ الاخلية البشرية في حالة تنسدية
ورطوبة فائدة صالحة عند اداء شخص السلب يحصل بكمية غير محسوسة
ويظهر تراكمها على سطح الجلد عند المهوكين وبعبارة أخرى يقال ان تراكم
الاخلية البشرية في الداء المعروف بآفة تريازس الضعفي اى تقلص البشرة
عند المنهوكين لا ينتج عن زيادة تكوين الاخلية البشرية بل عن انفصالها
بكيفية مدركة

وقد يحصل ضمور الجلد ايضا عقب الضغط عليه امام الظاهر أو الباطن
فمثلا عين السمكة ينتج عنها ضمور جزئي في الادمة كما ينتج عن قشور السمعة
أو بعض الحشكرينات التي تضغط على سطح الجلد وحيث ان الضغط الواقع
من الظاهر على الجلد يحدث ضمورا في الجسم الحلي نرى ان مقصده الذي

هو الاخلية البشرية تتكون بقلبي الاصفار المنضغطة وينعكس ذلك فيما اذا كان الضغط واقعا على الجلد من الباطن الى الظاهر كما يحصل في تمدد البطن العظيم عقب الحمل أو الاستسقاء الزقي أو انتفاخ بعض الاجزاء الاخرى المغطاة بالجلد اذ في مثل هذه الاحوال الطبقات الغائرة من الجلد ومجموعه الغددي هي التي تكابد الضغط واما تكون الاخلية البشرية فلا يحصل فيه اذ في اضطراب ولا شك في ان كلامنا البتريازس اى الداء الفخالي الذي يحصل عقب الحمل أو الاستسقاء الزقي في جلد البطن والامراف والبتريازس الضعفي انما ينتج عن ضمور الطبقة الغائرة من الجلد والاجربة الجلدية وجفاف تابعي في الاخلية البشرية

وقد يشاهد قد جميع المادة الملونة من الشبكة المبيجة عند الأشخاص المعروفين بالاينوس اى المصابين بداء البرص قد تفقد هذه المادة المذكورة من بعض اصفار الجسم بدون أسباب معلومة فتصير هذه الاصفار ذات لون ابيض لبنى مغاير بالكلية لما حوله من الاجزاء لايما وان هذا يحصل عند الأشخاص السمر بكثرة (ويعرف ذلك عند العامة بالبهاق) وكثيرا ما يحصل ضمور في بصيلات الشعر وعلى الخصوص فروة الرأس فينتج عن ذلك سقوط شعر الرأس فاذا لم يمتد الضمور الى أن تنقد جميع البصيلات المذكورة لا يزول نمو الشعر بالكلية غير انه بدلا عن شعر الرأس القوي الساقط يثبت في البصيلات الضامرة شعرة رقيقة كالوبر يشاهد في الأشخاص ذوي الرأس الامارية طمعا في رجوع شعرهم خصوصا وان صودف استعمال بعض الزيوت أو الدهانات قبل ذلك بزمن يسير فيظنون ان هذه الوسائط كثيرة الفائدة ثم ان اتحال شعر الرأس الناتج عن ضمور البصيلات الشعرية يسمى بتعري الرأس اى الصلع الشيفوخى لانها كثر ما يشاهد عند الشيوخ ومع ذلك فليس من النادر مشاهدته عند الشباب ويظهر ان السبب في ذلك الاستعداد الوراثي ومن المشكوك فيه القول بان الاشتغال الذهني المفرط والانفعالات النفسية المحزنة والافراط من الشهوات الزهرية يؤدي الى حصول ذلك فانه كثير ما يشاهد عند العلماء والاشخاص المكابدين لحزن عظيم مستطيل ارا منهم مكن في الذات شعر

غزير في الرأس كما انه كثير ما يشاهد عند الانخفاض الخالين عن
 الفكر والاشتغالات العقلية وذوى المعيشة الجيدة تسقوط شعر الرأس قبل
 أو انه ومن الواضح انه لا يوجد في جوهر دوائى به يمكن رجوع بصيالات
 شعر الرأس كما يزعمه الدجالون وان هذا المرض غير قابل للشفاء وينعكس
 ذلك في سقوط الشعر التابع لبعض الامراض الحادة أو المزمنة التي ينتج
 عنها اضطراب وقتى في تغذية بصيالات الشعر فان مثل هذه الامراض
 لا تؤدي الى حصول فقد كل أو ضمور مستمر في البصيلات المذكورة
 ولذا انه متى زال المرض الاصلى والنتائج العامة التي احدثتها في البنية تعود
 بصيالات الشعر الى حالتها الطبيعية فينبغ تانيا واكثر الامراض اتباعا
 للصلع هو التيفوس والداء الزهري ومع ذلك قد يحصل سقوط شعر الرأس
 ايضا عقب بعض التهابات الرئوية الثقيلة وغيره من الامراض المنهكة
 والحالة النفاسية تؤدي كذلك الى سقوط الشعر بدرجة خفيفة ويظهر ايضا
 ان شكل سقوط الشعر المحدود المسمى بالاكوبسيا (اى داء الثعلب)
 ينتج ايضا عن اضطراب وقتى في تغذية البصيلات الشعرية وفي هذا المرض
 غير النادر يشاهد بضع مستديرة مختلفة العظم في الرأس او في الذن او غير
 ذلك من اجزاء الجسم بحيث يتخل الشعر من جذره ويسقط فيترك كون من
 ذلك بقع عارية عن الشعر محاطة باصفر ذات شعر غزير واسباب سقوط
 الشعر المحدود غير واضحة ايضا وقد دلت المشاهدات الجديدة على انه ليس
 ناتجا عن نبت متطفل والبقع المخولة الشعر تغطي فيما بعد بشعر سليم
 واما سقوط الشعر الناتج عن التهاب الجلد والتولدات الطفيلية فستتكام
 عليه فيما بعد

والشعر يكاد يفقد مادته الملونة عند الاشخاص المتقدمين في السن فيشاهد
 في الابتداء فقد لونقة بعض الشعر الملون بلونه الطبيعي تبع المشاهدات
 (شاتيس) ثم يمتد هذا الفقد بسرعة الى طول الشعرة بتمامها وفي بعض
 احوال اخرى قد يفقد الشعر لونه دفعة واحدة في جميع امتداده ثم يزداد
 عدد الشعر المبيض شيئا شيا الى أن يبيض جميعه ويفقد اديه الملونة ومن
 المستغرب عدم وجود مشاهدة اكد على كيفية حصول هذه الظاهرة

أي يبيض الشعر ولو كانت كثيرة الحصول جدا وهي مفرقة الاسباب الناتجة عنها فاننا لا نعلم هل الشعر الملون الأصلي يفقد لونه او انه يبيضت مشمر جديد أبيض من جذره وقد تفقد الشبان أحيانا لون شعرها بسرعة عن الشيوخ ويظهران يبيض الشعر بغيراً وأنه كسقوطه من غيراً وأنه ايضا انما ينتج عن استعداد دوراني ولوان كلام من الغم المستطيل والكدر له دخل في ذلك وايضا فقد لفت بعض احوال فيها صار شعر رأس الشخص بتداهم أبيض في ظرف يوم وليلة والغالب ان مثل هذه الاحوال غيرا كيدة المشاهدة وبولم في معظمها

(والثاني)

(في احتقان الجلد وانيميته) *

كبيرة الدم المحتوى عليها الجلد يعتبرها تغيرات عظيمة اكثر من باقي الاعضاء فان تعرض الجلد لاسباب المؤثرة على الدورة اكثر من باقي اجزاء الجسم وقد سبق الكلام في الجزء الاول على اضطرابات الدورة الجلدية أي على ائمة ان الشرايين والاوعية الشعرية الشريانية وامتلائها النسائي عن زيادة مجهودات القلب وعن احتقان الاوردة وامتلائها والاوعية الشعرية الوريدية أي السيانوز النسائي عن بطء مجهودات القلب وضعفها

ثم ان احتقان الجلد أعني امتلاءه الدموى التواردى ينشأ عن تعرض الجلد لدرجة حرارة مرتفعة وعلى الخصوص للحرارة الرطبة وعن تأثير بعض الجواهر المهيجة كالخردل والزراريج ونحو ذلك أو عن اصابته بمؤثرات ميكانيكية ويظهر في جميع هذه الاحوال كما ذكرنا فيما سبق ان النتيجة الاولى لهذه المؤثرات هي استرخاء جواهر الجلد وان تمدد الاوعية وامتلائها بالدم هو نتيجة تنافس مقاومة المنسوج المحيط بها ثم ان كان احتقان الجلد عظيما بحيث يرى محمر من خلال البشرة المغطية له سميت هذه الحالة بالايثرما وعلى حسب اختلاف هذا الاحمرار بان كان ناشئا عن تأثير الحرارة أو الخردل أو الزراريج أو نحو ذلك تسمى بالايثرما القلبية أو النارية أو التهيجية ولهذا يجوز تسمية احمرار الجلد النسائي عن اسباب ميكانيكية

بالارتيما

بالارتبما الجرحية وجميع اسماء هذا الاحتقان الجلدي لاثرة فيها بل تؤدي
الى القش والخطأ حيث ان احمراره المتعلق بتغيرات التهاية فيه يطلق عليه
لفظ الارتبما ايضا ثم ان احتقان الجلد المحدود يظهر ايضا كمرض ابتدائي
لاغلب الامراض الطفعية الجلدية حادة كانت او مزمنة التي يحصل فيها
نضج على السطح السائب من الجلد أو في خلاله وبالجمله تشاهد احتقانات
جلدية محدودة بكثرة في بعض الامراض الحمية بدون أن يمكن توجيهه
هذه الظاهرة واحتقان الجلد في مثل هذه الاحوال يكون فاصرا على بعض
اصفار صغيرة محدودة غالباً بحيث تظهر نكت صغيرة حمراء مستديرة او غير
منتظمة في حجم العدسة أو على شكل لطح صغيرة مستديرة وتعرف حينئذ
بالوردية لكن هذا الاسم لا يطلق فقط على النكت الحمراء الناشئة عن
مجرد احتقان الجلد بل على الاحتقانات الجلدية المصحوبة بنضج في الجلد
ايضا المتكون للحبات صغيرة فيه فالوردية تصاحب التيفوس والحالة
التيفوسية للحمية وغير ذلك من الامراض التسممية العامة ولا يندر أن
تصاحب بعض الامراض النزلية للعدة والامعاء خصوصا عند الاطفال
وبعض امراض الدماغ والرئة المصحوبة بحمى والوردية تسمى عرضية عند
وجود سبب مدرك تشأ عنه الحركة الحمية وفي غير ذلك تسمى وردية أصلية
أوذانية ومن هذا النوع تعد الوردية الحريفة والطفيلية (التي تصيب
الاطفال) وغير ذلك من أنواع الوردية الحمية التي شرحتها بعض المؤلفين
والاعراض الوحيدة لاحتقان الجلد هي احمراره وارتفاع درجة حرارته
والجزء المحمر بواسطة الاحتقان يزول لونه متى ضغط عليه واندفع الدم من
الوعية الشعرية بخلاف الاحمرار الجلدي الناشئ عن نزيف في جوهر
الجلد فانه لا يزول عند الضغط عليه فان كان الجزء المحمر مؤلما مع ذلك
وكان كثير الانتفاخ ولم يبق عقب الضغط عليه بقعة مبيضة بل بقعة مائلة
للصفرار وحصل بعد زوال الاحمرار تقلس في البشرة لم يكن الموجود حينئذ
مجرد احتقان جلدي بسيط بل مصحوب بنضج التهاى

واما انبعاث الجلد فهي ظاهرة من جهة تلوأهر فقر الدم العمومي أو عرض مهم له
وتنشأ زيادة من ذلك من تعرض الجلد لدرجة حرارة منخفضة جدا وذلك

بالنأثير الطبيعي للبرودة وبانقباض الالياف العضلية الجلدية عقب تأثيره
وهذا التأثير يقوى ويزداد بانقباض الاوعية الشريانية الصغيرة المصاحبة
لذلك وبالجملة تحصل انيميا الجلد الموضعية بدون تأثير البرد على الجلد
وذلك متى اعتري الطبقة العضلية الجلدية وجدر الاوعية الشعرية انقباض
تشجبي وهذه الظاهرة تسكر مشاهدتها في اثناء دور القشعرير للحمى
كما تحصل ايضا على حدتها بدون سبب معلوم في الاطراف على صفة الشكل
المعروف بالغنغرينا الشيفوخية

ثم ان كلامنا من الاحتقان الجلدي وانهيته يتدرأن يحتاج لوسائط علاجية
قوية ويومي في احوال الاحتقان باستعمال التبريد وفي احوال الانيميا
الجلدية باستعمال الحرارة الرطبة والجافة وذلك الجلد وتكبيسه واستعمال
الوسائط المنبهة

(رابعاً)

* (في الالتهابات الجلدية) *

التهابات الجلد يعنى بها جميع الاضطرابات الغذائية الجلدية التي يحصل
فيها انضغ في منسوج الجلد او على سطحه الظاهر ونحن وان علمنا انه من
المشكوك فيه هل جميع هذه الاشكال المرضية تعد حقيقة من الالتهابات
الجلدية أم لا فان النضج الحلاقي ليس من الامور الضرورية ولا من العلامات
الاكيدة للالتهابات لكننا لا نتعرض للتطويل في ذكر هذه المسئلة ونتبس
طريقة سيمون في التعبير بلفظ الالتهاب الجلدي عن كل تغير مرضي
جلدي يصطبب بتكون نضج

فان ارتشح النضج في جزء من جوهر الجلد ذي امتداد متفاوت نشأ عن ذلك
الالتهابات الجلدية الابرغماوية أو الجررية وان كان الارتشاح قاصراً على
أصفار محدودة صغيرة من الجسم الحلي نشأ عن ذلك الطفح أو الالتهاب
الجلدي الحلي وان كان الارتشاح كذلك سطحياً إلا أن فيه بعض امتداد نشأ
عن ذلك شكل الالتهاب الجلدي المتصف بتشكون درنات وفي الالتهابات
الجلدية الجررية لا يتدرأن ترتفع البشرة على شكل حويصلات كثيرة الامتداد
أو قبلته بواسطة النضج المرتشح في آن واحد على سطح الاذنة وزيادة عن

ذلك يحصل النضج ايضا على السطح الظاهر من الادمة فترفع البشرة على شكل حويصلات وكذا في غير ذلك من اشكال الالتهابات الجلدية عادة كانت او مرضية ولا يشترط أن يكون منصفها لها ارتشاح عظيم في جوهر الجلد ومثل هذه الالتهابات الجلدية السطحية التي تشابه الالتهابات التزليسية ينصف مع قلة في التغيرات الجوهرية للنسوجات بنضج على السطح الظاهر منها وبذا تتكون الاشكال الحويصلية من الطفح الجلدي وان حصل مع تكون النضج السائل تكون أخلية بشرية جديدة بكثرة اى قصص تكونت اشكال الطفح الجلدي البثرى وبالجملة فهناك اشكال من الالتهابات الجلدية فيها يتضاعف النضج الجلدي بتولد بشرى مرضى وهى اشكال الطفحات الجلدية القشرية

ويوجد زيادة من اشكال تلك الالتهابات الجلدية الناتج اختلافها عن شدة الالتهاب ومجلس النضج اشكال أخرى تنتج عن اختلاف الامتداد وصفته وعن اختلاف خبرها بان كان حادا أو مرضيا ومن سبب الاصابة المرضية تلجئنا لتمييز عدد عظيم من اشكال الالتهابات الجلدية وسنشرحها في مباحث على حدتها

المبحث الثالث

* (في الاشكال الخفيفة من التهابات الجلد الغير المصحوبة) *

* (بتكون حويصلات اى الالتهاب الجلدي) *

والايرنماوى المعروف بالابرنما

* (كيفية الظهور والاسباب) *

في هذا الشكل من الالتهاب الجلدي يكون كل من الجسم الحلى وغالبا جوهر الادمة الحش أسفل منه مجلسا لاحتقان وارتشاح مصلى وحيث انه بعد انتهائه الايرنماوى يحصل تغلص في البشرة عادة فن الجائز القول بان هذه الطبقة تصكون قد انفصلت من انفسها وبها الجسم الحلى بواسطة نضج خفيف حصل أسفل منها لكن هذا النضج لا يكون كافيا لرفع البشرة على شكل الحويصلات والاسباب التي ذكرت في شرح الاحتقان الجلدي وهى درجة الحرارة المرتفعة والتأثير اللا واسطى للأشعة الشمسية والمهيجات

الكيمائية والمخا نيكية تحدث ولا بد بتأثيرها المستطيل الشديد التهابات
جاذية ايرتوائية وبعض أشكال الايرتوما الناشئة عن مهيجات مخا نيكية له
أسماء مخصوصة فان كانت الايرتوما ناشئة عن احتسك كجزء من الجلد
ملاصين لبعضهما سميت الايرتوما بالاحتسكا كية وهذا الشكل يشاهد بكثرة
عند الاطفال سيما الضعفاء منهم في الميازيب الجلدية الالهضاء التناسلية
وخلف الاذنين والعنق وخلف الثديين والساقين عند النساء السمان جدا
وان حصلت الايرتوما بين الاليتين عقب احتسكا كهما يعضهما في أثناء المشي
المستطيل سميت بالاي رتوما الاحتسكا كية ايضا وأما الايرتوما التي تحصل
في الامراض المستطيلة بضغط الفراش سيما في القدم العجزي والمدوري
وغيرهما من الاجزاء البارزة من الجسم فتسمى بالاي رتوما الوضعية والتي
تحصل في أحوال الاستلقاء الجسمي العظيم شدة توزع الجاذ أو جروحه
السطحية تسمى بالاي رتوما التوزعية وعند وجود سيالات مستمرة من الانف
أو من الملتحمة كثير اما تحصل الايرتوما بسبب تندية الجلد المستمرة بالاغزازات
الحريفة في الشفتين والانف أو في القلفة والصفن والجلوة الانسية
من الفخذين عقب تندية الجلد بالبول السائل بدون ارادة ونعنى بالاي رتوما
التهيجية

وزيادة عن أشكال الايرتوما المذكورة الناشئة عن مهيجات موضعية تشاهد
ايرتومات انتشار وسير دورين مخصوصين أسبابها مجهولة علينا وهذا
الشكل كثيرا ما يحصل حصولا ذاتيا في بلادنا وله ميل عظيم لتكسبات دورية
وقلشوه في بعض البلدان (كالعسطنطينية وباريز ومصر) منتشرا
انتشارا وبائيا ونعنى بالانتشارية

الاعراض والسير

الاي رتوما الناتجة عن مهيجات موضعية تصف يقع حمرة قليلة البروز يتلاشى
اجرارها من دائرتها شيئا فشيئا وينتقع لونها عند الضغط عليها فيكتسب
لونا مصغرا وعند زوال الضغط يعود احرارها وتكون مجلسا لالم محرق
متفاوت في الشدة فان زال التهيج الذي أدى لحصول هذا الطفح بسرعة
زال احرار الجزء المتهب وانتفاخه في أيام قليلة وينتهي هذا المرض

بتفلس خفيف في البشرة وأما إذا لم يرزل السبب المهيج واستطال تأثيره
واشتد ارتقى الانسهاب الايرتعاوى الى أشكال قبيحة فينشأ عن ذلك
اضطرابات غذائية أخرى فينتج عنها الايرتعا القهسية وتحصل حوصلات
على سطح الجلد في أحوال الحرق وفي أحوال الايرتعا الاحتسكاكية يمكن
أن تزول البشرة والايرتعا التوزينية يمكن أن تؤدي لغفران الجلد

وأما الايرتعا الذاتية أو الحاصلة بدون أسباب معلومة فيجلبها في الغالب
ظهر اليدين والقدمين وقد تفصل في غير هذه الاجزاء من الاطراف
بل وفي الجذع والوجه في أحوال نادرة لكن لا بد من اصابة ظهر اليدين
والقدمين معا وقد نبه الشهير (هيبرا) على أهمية ذلك في التشخيص
ويشاهد في المحال المذكورة ابتداء احمرار وانتفاخ منتشران مستويان
لكن عاقرين يشاهد حلمات أو درنات صغيرة حمراء كثة أو حمرة مفرقة
على القاعدة المحمرة المنتفخة وحينئذ يسمى هذا المرض بالايرتعا الحلية
أو الدرنية وهذا الطفح قد يكون عند بعض الأشخاص مصحوبا باحساس
حرق في المحل المریض أو بظواهر حية أيضا في بعض الاحوال ثم بعد أيام
قليلة ينتقع محيط هذه الحلمات ويزول انتفاخه ثم يصغر حجمها وينتقع لونها
ثم تزول وحينئذ تفلس البشرة وينتهي سير المرض في ظرف ثمانية أيام
أو ١٤ يوما وكل من اللون المترق لتلك الحلمات واللون المصفر للجلد الذي
يبقى بعض زمن بعد زوالها يدل على انه في أحوال الايرتعا الحلية ينضم ولا بد
للنضج الخفيف في الجلد انسكاب موى خفيف أيضا

وقد تستمر الايرتعا الحلية وتستطيل مدتها بعض اسابيع أو اشهر وتمتد من
المحال المصابة ابتداء الى أجزاء أخرى من الجسم وان تكون في دائرة الطفح
الابتدائي حلمات أو درنات جديدة قمع زوال التغير المرضي الأصلي في المركز
سميت الايرتعا الحلقية والدائرية وان نبى في مركز تلك الحلقة مصفر حممر
سميت الايرتعا بالقرح الحلية وان تلامست الحلقاات والدوائر بعضها
في انحاء امتدادها وانقطعت أثرتها الى محل ملاصقتها ببعضها تكونت
حينئذ اشكال قوسية غير منتظمة وحينئذ تسمى الايرتعا بالقوسية
وهذه الاسماء يتكرر ولا بد ذكرها في غير هذا الطفح من الطفحان

الجلدية التي فيها يمتد التغير المرضي من دائرة الطفح الابتدائي ويزول في المركز أي في الاصفار المصابة ابتداءً فالاشكال المختلفة التي تكون على الجلد حينئذ لا تكون عبارة عن اشكال مختلفة من تغير مرضي بل امتدادات مختلفة منه

ويوجد شكل مخالف للايرتعا الحليمية والدرنية وهو الايرتعا العقدية وهذا الشكل يشاهد بكثرة عند الشبان وعند النساء أكثر من الرجال ومجلسه على الخصوص الاطراف السفلى لسماكتي الساقين وهي نشأتان ارتشاحات قليلة الامتداد ومحدودة في العبايات التي تترك من الجلد مصحوبة بارتشاح دموي فيشاهد ابتداءً عقدية مستديرة في حجم البندقية أو الجوزة مغطاة بجلد قليل الاحمرار مؤلمة عند اللمس ولها مشابة عظيمة بالعدوى التي تنتج عن الضربات والسقطات (أي الالتهاب الجلدي المرضي) والتلون الوردي للجلد المكتسب كونه شفافاً فيتم تسهيل الى لون بنغمي ثم متهرق ثم مخضر ثم مصفر وهذا التتابع في التلون يشاهد أيضاً في أحوال الانسكابات الجلدية الدموية الجرحية والايرتعا العقدية تؤدي ولا بد لا اضطراب عوفي حتى به يحصل ضعف للمرضي ويلتقيون الازمة الفراش ثم ان مدة هذا المرض تمتد من ٨ أيام الى ١٤ وتقاس البشرة هو الانتهاء الاعتيادي لهذا التغير المرضي ويندران في مدة الايرتعا العقدية جملة شهور وذلك بان تظهر عقدتان أخرى من هذا الشكل بعد زوال العقد الاولى عقب تغلبها

في المعالجة

أما الايرتعا النشئة عن مهيئات موضعية فلا تستدعي في الغالب الابتعاد الاسباب المضرة التي تصبى عنها فانها اذا زالت بصرعة وعند وجود آلام شديدة محروقة ينبغي استعمال كمادات من الماء البارد أو ماء الرصاص وفي الايرتعا الاحتكاكية ينبغي ان يذرع على الاجزاء المريضة مساحيق ناعمة لاجل تجنبها احتكاكها على بعضها واكثرها استعمالاً انشاء الارز الناعم ومحقوق الكبريت النباتي المضاف اليه زهر الخارصين

محقوق زهر الكبريت النباتي — ١٥ جرام أعني نصف أوقية
زهر الخارصين — ٠٢ — أعني نصف درهم

اوبان يوضع بين تلك الاجزاء رفايد مدهونة بمرهم زهر الخارصين او وسايدين
نسالة مدهونة به واما الايرتقا الوضعية فالاجود فيها صيانة الاجزاء المعرضة
للضغط بمخدات حلقيه من الصمغ المرن ممثلة بالهواء وان كانت الايرتقا
ناشئة عن تنسدية الاجزاء بسوائل مهيجة وجب علاؤها بمرهم ملطفة لاجل
صباتها عن تلك السوائل الحريفة وكذلك الايرتقا الحلية لا تحتاج لمعالجة
مخصوصة وانما ان كانت مصحوبة بحرقة شديدة ينبغي استعمال المكمدات
المباردة الرصاصية واما الايرتقا العقدية فتلاحظ فيها الحركة الحلية والحالة
العامة للمريض ويمكن استعمال مكمدات من الماء البارد او ماء جوار

المبحث الرابع

(في الالتهاب الجلدي الحشري أو الحمرة الجلدية) *

في كيفية الظهور والاسباب

الالتهاب الجلدي الحشري يتصف بالاحتمقان الشديد للجلد وبارتشاف مادة
مصلية غزيرة في جوهرة والمنسوج الخلوي السكاثر تحته وكثيرا ما يكون بين
الادمة والبشرة بقلة ميل هذا الالتهاب للتفصيص وتكون خراج وأيضا به صف
ناشتراك دائم للاوعية والعقد الينفاوية المجاورة للالتهاب ويمكن
أن يحصل في أثناء سير الالتهاب الجلدي الحشري تمزقات وعائية وأنزفة
في الجلد وعلى سطحه السائب وقد يرتقي تغير الالتهاب في بعض الاحوال
إلى نقاء عظيم بحيث تقع الاجزاء المصابة في الغنغرينا

ومن الخطأ القول بان كل مؤثر مهيج على الجلد يحدث فيه التهابا بالجلديا
حريا متى أثر بشدة قوية فان مقارنة الالتهاب الجلدي في الحمرة الجلدية
بالتهاب النائي عن وضع منفط يتضح منها عدم مماثلة هاتين الحالتين
لبعضهما ولو وجد في كل منهما ما تكون حو بصلي كما وان كلاما من الحرق
والاصابات الجلدية الميخانيكية وغيرهما من المؤثرات المهيجة الموضعية
لا ينتج عنه اضطراب غذائي التهابي مماثل للحمرة الجلدية بل ينتج عنه
تكون حو بصلات بدون نضج غزير في جوهرة الجلد والمنسوج الخلوي تحته
أو فساد كلي في جوهرة متى كان تأثيره بشدة ومن الثابت في أغلب أحوال
الحمرة الجلدية ان الالتهاب في هذا المرض يتسبب من جذر الاوعية

اللينفاوية المنتهية الى المنسوج الخلوي المحيط بها فمن هذا القبيل الحمرة الجلدية الناشئة عن اصابة الجلد اصابة جرحية مع تلقح جوهر مهيج أو مدم في آن واحد وفي مثل هذه الاحوال يمكن الاثبات بدون واسطة ان الجوهر المهيج المسم امتص ابتداء من الاوعية اللينفاوية وحدث التهابا في جدرها وان الحمرة الجلدية حصلت حمولا تابعا فانه يشاهد في الابتداء أخيدة حمرة ذات انتفاخان عقدية ثم يتضح فيما بعد الاحرار المستوى المنتشر للجلد وانتفاخه ويعتبر من هذا القبيل أيضا الحمرة الجلدية الناشئة عن امتصاص مواد صديدية أو افرازات جرحية مهيجة لجدر الاوعية اللينفاوية تهييها لنهايا او الناشئة عن امتصاص متحصل خراج آيل للفساد والتحلل ونشير بذلك لما يسمى بالحمرة الجلدية التسممية فان هذه الحمرة عبارة عن التهاب جلدي يتصف بجميع اوصاف الحمرة الجلدية ولاشك في كونه ناشئا عن امتصاص السائل المنث لاجد التجاويف السفحية أو الاسنان المسوسة وامتداد هذا الالتهاب من جدر الاوعية اللينفاوية المنتهية الى الجلد المحيط بها والتجارب المعسولة من انه ينضم في بعض المرساتانات زمنا فزمنة الى الجروح الواهية جدا بل الى محل عض العلق التهاب جلدي حمرى بوجهه بمسولة بالكيفية الآتية وهي

ان الجواهر التي تمتصها الاوعية اللينفاوية تهييها وتلهيها الا انه لا ينبغي على الدوام أن يكون نفوذها في الجلد بالتلقح او ان يكون من تحليل وفساد افراز حمرى او الصديد المتجمع في خراج بل ان تلك الجواهر قد توجد في الهواء المحيط بالجروح او في قطع الجهاز المتغطاة به ثم اتنا وان اعتبرنا الامر ثابت المحقق حصوله في عدد عظيم من الحمرة الجلدية ومنشأها بواسطة امتداد الالتهاب من جدر الاوعية اللينفاوية الى جوهر الجلد الا اننا نعتقد ان جميع انواع الحمرة الجلدية تشابه هذه الكيفية بل اننا نقول ان منشأ الحمرة الجلدية الذاتية اعني الطفحية بهذه الطريقة غير قريب من العقل فان الالتهاب الجلدي الحمرى الذي يطرأ على الاشخاص السليمة من قبل ويصيب على الخصوص كلامن الرأس والوجه على شكل مرض اصلى اى ذاتي يشابه بالكلية للالتهابان الذاتية الاخرى التي تصيب الانثصاص

السلامين من قبل وتعتبر امراضاً اصلية اى ذاتية ككالتهاب الرئوى
والببليوراوى والحجرى والذئبة البلعومية ونحو ذلك وليس عندنا ادى
سبب ولا وجه فى عدم الحمرة الذاتية او الطفحية من ضامن جملة الحميات
الطفحية الحادة واعتباره من جملة الامراض التدممية الانتشارية بل يسيل
الحمرة الجلدية الذاتية للنكسات وترددها عند الشخص المصاب بها جملة
مرااثيات قوى لعدم مشابهة الحمرة الجلدية للقرصية او الحصبة
والجدرى ودليل قطعى ضد الرأى القائل بالمنشأ التعمى لهذا المرض

واسباب الحمرة الجلدية الطفحية غير واضحة كاسباب الالتهاب الرئوى
وغیره من الالتهابات السابق ذكرها فانه لا يمكن اثبات مؤثرات مضرّة
موضعية تحدث هذا المرض كالامراض المذكورة وغير ذلك يقال بالنسبة
لتأثير البرد والتباعد عن التدبير الصحى وغيره من المؤثرات المضرة والذى
يظهر ان له تأثيراً فى احداث هذا المرض هو الانفعالات النفسية خصوصاً فى
الاشخاص الذين اصابوا به سابقاً وفى الغالب تظهر الحمرة فى بعض الازمنة
بدون اسباب مقيمة مدركة كالالتهابات الرئوية والذئبات وغيرها من
الالتهابات التى تسلطن وتحدث ما يسمى بالبنية المرضية اى الحالة الوبائية
فتصيب اشخاصاً عديدة وهل هذا المنشأ المجهول اسكن من الامراض
الالتهابية ينتج عن اصابته مرضية عمومية تبقى قاصرة فيما بعد على اعضاء
مخصوصة او عن اضطرابات غذائية موضعية ابتدائية فى الاعضاء المذكورة
امر مجهول علينا وكذا بالنسبة لميل الحمرة الجلدية ورجوعها باسمولة عند
الشخص المصاب بها من قبل امر تطابق فيه الحمرة الجلدية الالتهاب
الرئوى وغيره من الالتهابات الاخرى والحمرة الجلدية الطفحية يكثر
حصولها فى السن المتوسط من الحياة وتكثر مشاهدتها عند النساء دون
الرجال وفى الفصل الحار من السنة اكثر من البارد منها

في الاعراض والسير

الالتهابات الجلدية الحمرة الناشئة عن مؤثرات ظاهرة من مملقات
علم الجرحة فلا تسكام هنا الاعلى اعراض الحمرة الذاتية اى الطفحية
وسيرها فنقول

الظواهر الموضعية تسبق في كثير من احوال الحمرة الذاتية بعض ساعات
او ايام باضطراب بنى عومى وحركة حية متفاوتة الشدة وحيث ان دور
المجوم المذكور لا يوجد على الدوام وان الحمى كثيرا ما يتأخر ظهورها عن
الاعراض الموضعية فلا ينبغي اعتبار الاعراض السابقة للحمرة الجلدية
كاعراض الجينات الطفعية كما لا ينبغي اعتبارها كاضطراب البنى الحمى
العام الذى كثيرا ما يسبق الزكام الشديد او كآلم الجنب والسعال اللذين
كثيرا ما يسبقان حصول الالتهاب الرئوى بعض ايام والعرض المرضى
الاتدائى لهذا الداء هو الاحساس بحرارة وتورفى الجلد الذى لم يبتدئ
فيه الاحمرار والانتفاخ وفى هذا الزمن كثيرا ما تكون العقد الليفية
المجاورة منتفخة ومتألمة عند الملامسة واما قبل بحمر الجلد وابتدى انتفاخه
ويكون الاحمرار فى الابتداء مبهما واما قبل بحمر الجلد وابتدى انتفاخه
الانتفاخ ويرتقى بسرعة الى درجة عظيمة جدا خصوصا فى المحال التى فيها
يكون الجلد متبنا بمسوح خلوى هش فى الاجزاء الفائرة ولذا يشتد انتفاخ
الاجفان فى احوال الحمرة الجلدية الوجهية ويكتسب الجلد بسبب
ما اعتراه من التور الشديدا ملامسا ولعانا واضحين ويزداد الاحمرار والانتفاخ
تزداد كذلك الآلام المحرقة المؤثرة فى الاجزاء المريضة ويكاد لا تنفد فى هذا
الزمن الحمى الشديدة وتثور فى المساء ثورا قويا والنبض يكون ممتلئا
وسرعته من ١٠٠ الى ١٢٠ ضربة فى الدقيقة وتصل حرارة
الجسم الى درجة ٤٠ مئوية او ازيد ويشتد العطش وتفقد الشهية
وحديث انه فى احوال الحمرة الوجهية تستترك الاغشية المخاطية المجاورة
للجلد الملتهب فى الالتهاب كالفم المخاطى الفمى والانى واللسان فلا بد
وان توجد ظواهر النزلة الفمية الشديدة فيكون اللسان مغطى بطبقة كثيفة
جامعا عند اشتداد الحمى والطبقة البشرية المنقسمة المغطية له تنتشر منها
رائحة كريهة ويكون طعم الفم عجينا او مررا والحمرة الجلدية ولو اصبحت
زيادة عن الاعراض السابق ذكرها بظواهر سوء الهضم وفساده لا ينبغي
الحكم بانها ناتجة عن حالة تليقية معدية او صفراوية فان اضطرابات الهضم
نكاذ يصاحب جميع الامراض الحمية ولو بدرجات متفاوتة ويضطرب

نوم المريض باحلام مزيجية وقد يحصل الهذيان ويندر ان يكون ناقصا عن
مرض في المصايبا والغالب ان يكون متعلقا بالحركة الحميية ويصل
كل من انتفاخ الجلد واهجراره في اليوم الثاني والثالث الى ارقى الدرجات
وفي احوال الحمرة الجلدية الوجهية تكون المرضى في اثناء هذا الزمن
متغيرة المصنة بالسكية حتى تسكادلا تعرف ولا يمكنها فتح الاجفان البارزة
المنتفخة انتفاخا اوذيمياويا وكثيرا ما تكون الطائفة البمشرية مرفعة في بعض
الحال على هيئة حويصلات صغيرة وعظيمة جدا وفي محال أخرى تكون
تلك الحويصلات قد انفجرت وجف متحصلا وباختلاطها مع بقايا البشرة
تكون قشور امصفرة ولبس من الضروري وضع امعاء عديدة مختلفة للحمرة
الجلدية بحسب درجة الانتفاخ ووجود الحويصلات او فقدها او عظم
حجمها واختلاف موصلاها وتسمى الحمرة تارة بالاذيمياوية وتارة بالايروماوية
وتارة بالحويصلية وتارة بالقعايمية وتارة بالقشرية وفي اليوم الثالث
والرابع يصير الاجرار باهنا عادة ويهبط الورم ويزول نور الحويصلات
الباقية ومتحصلا اما ان يتمس او يحف على هيئة قشور وتزول الآلام
والالتهاب الجرى في اثناء تناقصه في الاجزاء المصابة به ابتداء يكاد يمتد
على الدوام الى الاجزاء المجاورة ويستمد فيها حتى يصل الى اقصى درجة ولذا
ان المريض المصاب بحمرة وجهية كثيرا ما تشتمل كبدايته متى ابتدأت الحمرة
في الخفة من الوجه وكل من تغير المصنة وانتفاخ الاعين ناشئ عن اصابة
فروة الرأس بالحمرة الجلدية فانها كثيرة الحساسية والتألم من التورن
الالتهابي بسبب شدة تثبيتها وقلة تمددها وامتداد الحمرة الجلدية بقطع
النظر عن الحمرة السبارة (اي الانتفاية) يكون فاصرا في العادة على
اجزاء قليلة الامتداد من السطح الظاهر من الجسم بحيث ان الحمرة
الجلدية وان كانت تمتد على الدوام الى الاعين والاذنين وما جاورهما
من اجزاء الرأس والعنق لكن لا تمتد بكثرة من تلك الاجزاء الى
القفا والجذع وبسبب ذلك وكون الحمرة الجلدية الذاتية تقطع سيرها
في الاجزاء المصابة بها تكون مدق هذا المرض ٨ ايام وازيد من ذلك بقليل
والتغير المرضى لهذا الداء ينتهي بتفلس البشرة على هيئة وريقات عريضة

ولوى المحال التي لم يوجد فيها حويصلات وبعد ذلك يسقط شعر المرضى
إذا كانت فروة الرأس مصابة فان الشعر يحصل فيه تخلخل من النضج
المتكون في بصيلاته وينفصل منها السك لا يخلف الحمرة الجلدية اضطراب
غذائي في بصيلات الشعر ولذا يزول الصلع الذي ينتج عن هذا المرض
في زمن قليل وفي بعض الاحوال التي فيها تنتهي الحمرة الجلدية بالتفج
يشاهد التخرج في صفر أو جملة اصفار لا سيما في الجفنين وذلك في الزمن الذي
تكون فيه الاجزاء المحيطة قد زال تلونها وانتفاخها ويخرج بعد الفتح
بالصداعة أو الانفتاح البطيئ للخراج من ذاته تخرج مصفر حبيبا لا يحصل
الشفاء بسرعة والنضج الدموي الذي ينتج عنه يكون عجزا في متحصل
الحويصلات وان كان ليس من العلامات الرديئة دائما الا انه يسبق في بعض
الاحوال بانسد تام في الاوعية الشعرية للاجزاء المنتهية يؤدي للغنغرينة
وعند حصول الغنغرينة الجلدية التي يكثر في احوال الحمرة الجلدية
العرضية الحبيثة ويقع في احوال الحمرة الجلدية الذاتية يكتب متحصل
الحويصلات لونها مسودا ويستعمل قاعها الى خشك ريشة سنجابية متغيرة
اللون وتتغير حالة المريض العامة وترتفع الحرارة جدا ويصغر النبض
ويصير سرعا ويحصل انحطاط ثقيل يمكن أن تنطفئ فيه الحياة بل
وفي الاحوال الحميدة جدا للحمرة الجلدية الغنغرينية تستطيل مدة المرض
زمن اطول لا فاز فقد الجسور المتخالف عن اطلاق اجزاء الجلد المتغفرة
لا يشفي الا ببطء عظيم

ثم ان الحمرة الجلدية كثير اماتة ضاعف بتلات شعبية أو معوية واحيانا
باحتنقان ككلوية عظيمة او بالتهاب نزلي يسرى الى القنوات البولية
واهم من تلك المضاعفات واطور منها مضاعفة الحمرة الجلدية بالتهاب
السحايا ولا يعتبر الحاصل في هذه المضاعفة نوع انتقال بل ان ما يسمى
بارتداع الحمرة الجلدية هو نتيجة الحالة المرضية الشبه بالانحطاط في
الاحوال المهلكة ينسب لها

واما الحمرة الجلدية الدورية والانتقالية فانها تصيب الاطراف عادة
وتجبه في امتدادها نحو الجذع والرأس وفي العادة تمتد وتنتشر بهذه الكيفية

بمحيث ان التغير المرضي عند انطفائه من محل مصاب ابتداءً يتبدل في محل
مجاورة واندر من ذلك حصول انتقال الحمرة الجلدية من المحل المصاب الى
محل آخر بعيد عنه ونزك اجزاء سليمة من الجلد ينهـ ما كثيرة الامتداد
او قليلة وكل من الاحتقان والانتفاخ في الحمرة الجلدية السيارة لا يصل
عادة الى درجة عظيمة كما في الشكل السابق من هذا المرض وكما ان الاحمرار
والانتفاخ يشند في المركز في هذا الشكل ويزول شيئاً فشيئاً في الدائرة تكون
اجزاء الجلد المحددة للاجزاء المصابة بالحمرة السيارة هي الاكثر احمراراً
واتفاخاً وكذلك الحمي التي تصاحب هذا الشكل من الحمرة وان كانت
درجتها متوسطة عادة لكن حيث ان هذا المرض يمتد اسبوعين وأشهر
(وفي هذا الزمن قد تعود الحمرة في اثناء سيرها الى المحال التي تركتها ونصيب
المحال التي أصابتها ابتداءً) فالدرجة المتوسطة للحمي تكفي في ائتهاك
قوى المريض وتمديد الحياة بالخطر

المعالجة

يستعمل لاجل الوفاية من الحمرة وسائط عديدة تعرف بالوسائط العلاجية
السمبائية بل وكثير من الاتصاص المتعطين والمستنيرين يحملون أنواعاً
عديدة من المواد المعروفة (عند المصريين) بالمساهرة لاجل وقايتهم من
الحمرة أولاً لجل دفعها وطردها عند الاصابة بها وحيث ان سير هذا المرض
دوري ويكاد ينتهي على الدوام اثناء مجيئه فكل حالة جديدة من الحمرة تعتبر
بالنسبة للأشخاص الذين يميلون للاعتقادات الفاسدة دليلاً قاطعاً وقوياً
على جودة الطريقة العلاجية السمبائية المستعملة وحيث لا يجدي فمافي
مثل هذه الاحوال النهي عن ذلك ولا الامور المفضية للتشكر ان أريد
مضاربة الاعتقادات المسهلة الفاسدة وان الوسائط السمبائية المستعملة
لدفع الحمرة فيها منفعلة وهوان المرضى تصبر مع الامن من تأثير تلك
الطرق ولا تبص عن وسائط علاجية مضرّة فالذي نوصي به في مثل
هذه الاحوال عدم التعرض لاعتقادات العامة الذين يعتقدون في جودة
الوسائط العلاجية السمبائية وعلى كل حال فمثل هؤلاء المرضى يحسون
براجة اكثر مما اذا استعمل الطبيب لهم المقيات بسبب تغطية اللسان

والرائحة المنتنة للحم كما يفعل بكثرة في كل حالة حمية وجهية وأجودهما اذا
استعمل عند المرضى مضادات الالتهاب الظاهرية والباطنية او هما
اذا استعمل لهم ومضاد مهيجة على الجلد الملتهب منعاً وخوفاً من ارتداع
الحمرة اسكن وان كان الاجود والموصى به في اغلب احوال الحمرة هو ترك
المرض ونفسه لانه لا يمكن إيقاف سيره وقطعه وينتهي في الغالب بالشفاء
بدون أدنى معالجة او بمجرد تغليف الاجزاء المتهبة بالقطن الناعم لانه مع
ذلك قد تضر أعوارض تستدعي طرقة علاجية قوية ففي احوال التوتر
الشديد المؤللم للجلد قد اوصى المعلم (اسكودا) بالوضعية الباردة
على الجلد الملتهب بواسطة الاسكمدات بالماء البارد أو الماء الجليدي لكن
حيث ان الطبيب يحدد ذلك عاتقاً عظمياً بسبب الاعتقادات الفاسدة
المتسلطنة على عقول العامة وحيث انه كما حصل عارض خطر عند استعمال
هذه الطريقة العلاجية تنسبه العوام ولا بد لتلك الطريقة والذي نوصي به
لأجل راحة المريض وهده بل بقصد اطمنانهم واهلهم وحفظهم من
التأسف ترك ذلك ودرسته عمل بدلا عن التبريد المضط الحفيف أو التشريط
الدقيق الصغير جداً فان النتيجة واحدة وكذا يزول الانتفاخ المؤلم في زمن
قليل عقب طلاء الجزء الملتهب المصاب بالحمرة بالكولوديون واحداث ضغط
خفيف عليه كما يزول به هذا الانتفاخ المؤلم ايضا عقب عمل التشريط الدقيق
بسن الريشة مثلاً في الجزء المصاب ويظهر كذلك ان اسامة الحار الجهنمي
الذي تمس به الاجزاء المتهبة هي وما ولها جملة ممرات أو مجاول مركب
من ثمرات الفضة ٥ جرام او حمض النتريك ٨ نقط على ١٥ جرام
من الماء (اعني نصف أوقية) له تأثير مشابه لذلك واما تحديد الاجزاء المصابة
بالحمرة بمس الاجزاء المحيطة بها بواسطة الجراجهنمي الذي كان يوصى به
سابقاً بكثير فمعالات الامرة فلم يتحقق من جودته وترك الآن في العصر
المستجد وأهم الا وهو في معالجة هذا المرض والعنى به هي الحمى ولا سيما
الحمى المتوسطة الشدة المستطيلة المدة التي تصاحب هذا المرض خصوصاً
في شكله السيار وهنا يستعمل بنجاح السكينين ومركبات السكينا ومن الجليد
في مثل هذه الاحوال استعمال اغذية لطيفة مقوية مع التبريد القوي

فانه وان اوصى كل من المعلم (ويليان وويليامس) في معالجة الحمرة باستعمال النيبذالپورت بان يعطى منه من ١٢٠ الى ٢٤٠ جرانا أعنى من اربع اواق الى ٨ كل يوم وذكر انه شاهد شفاء اخطر حالة من احوال الحمرة الوجهية بهذه المعالجة فما يوجه ذلك الا يكونه في مثل هذه الاحوال اني فيها تمك الحمى قوى المريض يحصل ولا بد نفع عظيم من اعطاء المشروبات السكولية بمقدار عظيم

واما غير ذلك من المضاعفات كالالتهابات المصاحبة فانها تعالج على حسب القواعد المعلومة واما الاجتهاد في ارجاع الالتهابات الجلدية المرتدة كما كان يقال سابقا بواسطة الحرارة في أوغسبرها من المجهجات الجلدية فلا فائدة فيه ولا ينبغي الايصاء به واما الخراجات والتهتكات الغنغريقية للجلد فينبغي معالجتها بحسب قواعد الجراحة

(المبحث الخامس)

* (في الحربس المعروف بالالتهاب الجلدي السطحي ذي السير الحاد) *
(الذي تتكون فيه جلة حويصلات مرتفعة على الجلد)

(كيفية الظهور والاسباب)

الحربس يقرب من الحمرة الجلدية في كونه التهابا بالجلد يا ماد اينتج عن اسباب غير معلومة الا أنه يتميز عنها اولا بالحداده الواضح ويجلس الالتهاب القاصر على الطبقات السطحية للجلد وعرفه الشهير (هبرا) بانه مرض جلدي ذو سير حاد دورى محبوب بالارتشاح مخصوص وهذا الارتشاح يجمع اسفل البشرة على شكل نقط صغيرة فيرفعها بحيث لا يكون مطلقا حويصلات متفرقة بل مجموعة على الدوام وهذه الحويصلات تكون ذات شكل وحجم متساوين ومدتها مسيرة ومجموع تلك الحويصلات لا يتكون في آن واحد بل في ظرف بعض ايام بحيث يوجد منها تجمعات حديثة يجوار حويصلات متجمعة منطبقة وكثيرا ما شاهد في اثناء سير كل من الالتهابات الرئوية والحميات المتقطعة والالتهابات الدماغية الشوكية الوابية وغيرها من الامراض الحمية ظهور طفح هربسى في الوجه لاسيما في الشفتين ولا يشاهد

هذا الطفح في غير ذلك من الامراض الثقيلة لاسيما التيفوس والبطني. ومن
المعتقد من منذ زمن طويل ان ظهور الطفح الحر يسمى الوجهي في الامراض
الحمية علامة جيدة بالنسبة للانذار ولذلك يسمى بقبلة الشفاء ومن الجائز
أن يكون السبب في هذا الاعتقاد ان الامراض التي ينشأ عنها هذا الطفح
على الدوام او هو الغالب يكثر انتهائها بالشفاء دون الامراض التي لا يشاهد
فيها هذا الطفح مطلقاً او يشاهد فيها نادراً وقد يحصل الطفح الحر يسمى
عند اشخاص سليمين من قبل ذلك وبدون الامراض السابق ذكرها

واما الحر يسمى المنطقي فمن المحقق الآن انه ينشأ عن اصابة مرضية في
الغريزة العصبية المغذية التي تسير في آن واحد مع الفروع الحساسة
والمحركة لعصبها. واما القول بان لكل نوع من الحر يسمى منشأ مشابه
لذلك يسمى ان الحر يسمى الشفوي مثلاً ينشأ عن اصابة مرضية لفرع عصبي
صغير فهو المبدأ كدمنه الى الآن

الاعراض والسير

يتميز الحر يسمى بحسب المحل المصاب له الى شفوي وغيره فالشفوي هو الذي
يكون مجلسه الشفتين ولا يندران يمتد الى الغشاء المخاطي الفمي وان كان
مجلس مجموع الحويصلات الحر يسمى في اجزاء أخرى من الوجه لاسيما
الوجهتين والاجفان يسمى بالحر يسمى الوجهي والجبني والشفوي واستحسن الشهور
(هيرا) تسمية جميع اشكال الحر يسمى التي تحصل في الوجه بالحر يسمى
الوجهي وكذا يسمى الحر يسمى بالحر يسمى القلبي الذي يستحسن تسميته بالحر يسمى
الاسترخائي لانه لا يشاهد في القلفة فقط بل في غيرها من اجزاء الاعضاء
التماسلية الطاهرة والحر يسمى المنطقي المعروف بالمنطقة وهو شكل مخصوص
يتبع في ظهوره وامتداده سير الاعصاب الجلدية فان ظهر في الصدر يكون
جميع حويصلاته نوع شريط عرضي منطقي مستمر أو متقطع يتبع من
فقرة محدودة ويتبع سير احدى المسافات الضلعية نحو القوس ويكاد يوجد
دائماً هذا الشكل في احدى جهتي الصدر وان كان مجلس المنطقة
البطن وظهرت على جدره امتداد مجموع الحويصلات في اتجاه مشابه للمنطقة
الصدرية بمعنى انه ينتدى من احدى الفقرات القطنية ويمتد نحو الخط

المتوسط من البطن أو جبل الزهرة وإن كان مجلسه القفا تكون غنه أما نصف
 دائرة حول العنق أو ان مجموع الحويصلات يمتد إلى أسفل نحو الضلع الثاني
 والمنطقة الوجهية تمتد تابعة لسير العصب الوجهي سيما على الوجهة إلى سطح
 الأنف والمنطقة الرأسية تمتد على مسير العصب فوق الحاج من الجبهة نحو
 الرأس أو على مسير العصب القمى في الجزء الخلفي من الرأس وكذلك في
 المنطقة العضدية والفخذية يمتد العنق على مسير الأعصاب الناتجة من
 الضفيرة العضدية أو الفخذية أو الوركية وفي جميع أشكال الهرس ينشأ
 الطغم باحساس بأن لا يكون عادة محرقاً بشدة في الأجزاء المصابة من الجلد
 ثم عما قليل من الزمن تظهر نقطة هدية حمراء واضحة تختلط ببعضها وتكون
 لطفاً مختلطة غير منتظمة وتنتهي عادة في اليوم الثاني لظهورها
 بحويصلات صغيرة شفافة ومتمم تلك الحويصلات التي ينشأ أن يفوق
 عظمها حجم العدسة والحصة يتعكر في اليوم الثاني أو الثالث ويصير
 لبيضاء ويحمر لا يختلط بالدم وفي اليوم الثالث أو الرابع تأخذ الحويصلات
 في الانطفاء وفي اليوم التالي لذلك يحف مفصلها وتسهل جدرانها إلى
 خشكر شبة معمرة تنفصل بعد الطغم الأول بعشرة أيام أو باربعة عشر يوماً
 فيتحققها بقعة تبقى حمراء مدة من الزمن ومغطاة بطبقة بشرية خفيفة
 والآلام الموجودة من ابتداء ظهور الهرس وإن كانت غير محترقة
 بشدة تزول عادة في الزمن الذي فيه تأخذ الحويصلات في الهبوط
 والهرس المنطقي قد يصطبب باضطراب عام حتى ومن النادر أن يسبق
 هذا الاضطراب بظهور الحويصلات كالاضطراب العام الحمى الذي يسبق
 الحمرة وارتشاح الجلد الالتهابي وأما باقي أشكال الهرس فأنها تسير
 بدون حمى والحمى التي تصاحبها لا تكون متعلقة بالهرس بل بالمرض
 الأصلي الذي ينضم إليه هذا الطغم سيما الهرس الوجهي وزيادة عن
 الأشكال المذكورة من الهرس يميزه شكل حلق وشكل قرصي
 والتقسيم الذي أنبني عليه هذا التمييز ليس هو محل الإصابة كما في الأشكال
 السابق ذكرها بل هو وضع الحويصلات واصطفافها وهذا مماثل بالكلية
 وضع الحلمات في الإبرنما الحلقية والقرصية ففي الهرس من الحلق تظهر

الحويصلات على شكل حلقة في جزء سليم من الجلد (لكن هذه الحويصلات تكون عادة أصغر مما في باقي أشكال الهربس وتزول بعد ثمانية أيام أو أربعة عشر ولا يتبدى دائماً لتكون قشور بل قد يمتص محتواها ويخلف ذلك ثقباً خفيفاً) وأما الشكل القرصي فيوجد فيه في مركز الحلقة الواحدة أو في مركز جملة منها حويصلة أو جملة حويصلات وحويصلات الحلقات نفسها تظهر بأدوار مختلفة الظهور والسير وبالجملة فأغلب أشكال الهربس الحلقي أو القرصي تنشأ عن طفيل نباتي

المعالجة

حيث إن الأشكال المختلفة من الهربس تكون ذات سير دوري وتزول بعد مضي زمن بدون أن يخلفها نتائج مضرّة وإن الألام والمكابدات التي تصاحبها وأهمية تكون الطريقة العلاجية المتبعة في أشكال الطفح الهربسي هي الطريقة الانتظارية ويكفي حفظ الحويصلات والحشكر يشات التي تعقب جفافها من الاحتكاك وغير ذلك من المؤثرات المضرّة ففي الهربس المنطقي الأكثر تعرضاً للاحتكاك يغطى الطفح بالواح من القطن الناعم وتترك موضوعة بدون نزعها كما يستعمل ذلك في الحرق السطحي ويوصى بكثره باتساع هذه الطريقة العلاجية الانتظارية في معالجة الهربس القلبي وشفاء التسلخات السطحية التي تعقب انفجار الحويصلات هو الدليل القطعي وعليه المعتمد في عدم الخطأ في التشخيص وكون المريض مصاباً بالهربس لا بقرحة أفرنجية أولية وهذا التشخيص سهل في الأحوال الحديثة فإن اجتماع عدد عظيم من الحويصلات وأصناف للهربس والتسلخ الذي يعقب انفجار تلك الحويصلات يعرف بشكله فإنه ناشئ عن انفجار عدد عظيم من الحويصلات وأما بعد مكث التسلخ زمن أطول للاسمان كان قد صار منه من المريض المرهوب بالجرجر الجهنمي فإن التشخيص يسهل ولا يمكن التاكيد منه غالباً بملاحظة سير المرض فإن شق التسلخ بوضع رقادة مبتلة بالماء البارد بين القلفة والحشفة وتغييرها مرة أو مرتين كل يوم في أيام قليلة أو في أثناء اسبوع جازم التأكد في وجود القرحة الزهرية

﴿المبحث السادس﴾

﴿في الالتهاب الجلدي السطحي الحاد المحسوب بتكون درن عليه﴾

(المعروف بالانجربة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

يتمكون في الانجربة ارتفاعات سطحية محدودة على الجلد قاعدتها اعظم من ارتفاعها القليل جدا وهذه الارتفاعات المسماة بالدرنات الانجربة تنشأ عن ارتشاح الجسم الحلي بمادة مصليية كما تظهر ابضاع ارتشاح اخلية الشبكة الملية ثم ان كلام الظهور والزوال السريع للارتشاح المحدث للطغى الانجربة كان حقه ان يجهن ان لعدم اعتبار الانجربة من جملة الاضطرابات الغذائية النهائية كما رذها جزئية محدودة في الجلد ذات امتداد وتحدد بمخصوصين غير واضحين لولان اطمئنا لفظ التهاب جلدي في الفصل الذي نحن بصدد على كل تغير نضفي في الجلد سواء ظهر وسار بظواهر النهاية واضحة او بدونها وكذا الاعتبار الانجربة من جملة الالتهابات الحادة مع ان هناك احوال افيها تصاب المرضى بهذا المرض جملة من السنين ينشأ على انه في مثل هذه الاحوال لا يوجد تغير مرضي من بل الموجود هي حالة تنكسية تتردد بفترات قصيرة لمرض حاد واحد واسباب تكون الدرن الانجربة مختلفة بعضها معلوم وبعضها مجهول باختلاف الاسباب فبعض انواع مختلفة من الانجربة الناتجة عن المهيئات الظاهرة ومن هذا القبيل ﴿أولاً﴾ الانجربة التي تنشأ عن التهمج الموضعي للجلد عقب ملامسة نبات الانجربة ووبر بعض الموام والحيوانات الرخوة ايضا وكذا الناقصة عن لدغ البراغيث والناموس عند بعض الأشخاص عقب هرس الجلد بالانظار ﴿ثانياً﴾ الانجربة الناتجة عن بعض المطعومات وهذا الشكل يحصل عند الأشخاص عقب اكل التوت الارضي أو عقب اكل السرطان البحري او من تعاطى الحيوانات ذات الغلاف الجري وبعض الفطر النباتي أو غيره من المطعومات غير الاعتيادية وفي مثل هذه الاحوال يعدم

الظريات القول بأنه وصل الى الدم جوهر خريف أثر على الجلد تأثيرا مهيما
ومن الامور المهمة كون تلك الجواهر الغذائية لا تحدث الانجربة الا عند
أشخاص قليلين وقد تحدثا عندهم على الدوام تقريبا بعد تعاطيها ومن جملة
اشكال الانجربة الناشجة عن المطعومات تعديضا للانجربة التي لا يندر أن
تتساع تعاطي مقدار عظيم من البلمس السكوياتي

﴿ثالثا﴾ الانجربة الحمية أو الحمى الانجربة وأسباب هذا الشكل من
الانجربة المصوب بحمى شديدة واضطرابات هضمية وله في صكيفة
ظهوره وسيره مشابهة عفايمة بالامراض الطقعية الحادة غير معلومة

﴿رابعا﴾ الانجربة المزمنة وأسباب هذا الشكل قليل الحصول مجهولة
ايضا ويظهر في بعض الاحوال انه ناتج عن استعداد وراثي
﴿خامسا﴾ كاعده (هيرا) شكل من الانجربة يكون ولا بد متعاقبا بحالة
تهيجية في الرحم ويظهر عند بعض النساء في أثناء الحمل وبعضهن في أثناء
الحيض وفي غيرهن مع الاصابات المرضية للرحم وعقب وضع الفرازج
في الرحم

﴿الاعراض والسير﴾

الحلمات الانجربة ترتفع دائما على سطح الجلد بقاعدة مجرة بواسطة
الاحتقان واما الحلمات نفسها فانها تكون في الغالب مبيضة لاسيما في
الاحوال التي فيها يضغط الارتشاح المصلي على اوعية الجسم وهذا ما يعرف
بالانجربة البيضاء وتارة تكون متفرقة وتارة مختلطة ببعضها وهذا ما يعرف
بالانجربة المختلطة فورا تكون مدة تلك الحلمات قصيرة جدا وهي الانجربة
الوقية وآونة تستمر زمنا طويلا وهي الانجربة المستمرة وان كانت الحلمات
عظيمة يابسة سميت الانجربة بالدرنية فان كانت صغيرة جدا سميت بالحلمية
او بالحزاز الانجري وان حصل في بعض المحال مع ذلك ارتشاح مصلي على
السطح الظاهر من الجلد وارتفعت البشرة على شكل حويصلات سميت
حويصلية وجميع التعقدات او الحلمات الانجربة تصطبب باكلان
شديد متعجب يلجئ المريض الى الهرش دائما وهذا الاحساس والعلامات
المدركة على الجلد هي الاعراض الوحيدة لجميع اشكال الانجربة ما عدا

الانجيرية الحية ومدة هذا المرض تكون قصيرة على الدوام كبعض أيام
 لكن الانجيرية المزمنة تتردد زمنا فتراما مع فترات قصيرة تستمر مدة
 اشهر بل وسنين وذلك بان يظهر طفح ذو تفعانات او حلمات بدون أن يستمر
 كل طفح على حدته زمنا طويلا والحمى التي تسبق الانجيرية او تعقبها
 ترتقى الى درجة عظيمة بحيث يحف اللسان ويضطرب النوم أو يظهر
 هذيان وان انضم لهذه الحمى اسهال شديد متكرر يدل على اصابة الغشاء
 المخاطي المعوي بحالة مرضية مشابهة لاصابة الجلد اكتسبت صورة المرض
 شكلا قبيحا ومع ذلك فان الطفح يزول وكذا الحمى والظواهر المعدية بعد
 أيام قليلة ويعقب ذلك نقاهة طويلة

﴿العلاج﴾

لو امكن الصناعة الطبية زوال أكلان الجلد الشديني جميع الاحوال وعند
 جميع المرضى المصابة بهذا المرض الحاد القصيرة المدة الذي يزول من نفسه
 لترتب على ذلك ثمر عظيم لك الوسائل العلاجية الموصى بها في هذه الحالة
 اجوده اغسل الجلد بمحلول جضى مخفف او دلكه بقطعة من الليون المالح
 غير انها لا تنفع في جميع الاحوال وكذا ليس عندنا جواهر قوية علاجية
 جيدة التأثير في الانجيرية المزمنة ولذا تقتصر في هذا المرض على معالجة
 الاضطراب البني العام عند المرضى بواسطة ايرغاثية او علاجية لاجل
 ازالة اضطراب الهضم وفساده مع منع المشروبات الروحية فانها كثيرا
 ما تحدث الانجيرية عند بعض الأشخاص

﴿المبحث السابع﴾

﴿في الالتهاب الجلدي السطحي المنتشر﴾

(المصوب نضج مصل على السطح السائب من الجلد بدون سيردوري)

﴿المعروف بالاجزما﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الاجزما كثر اشكال التهاب الجلد حصولا وهذا المرض يطابق الهربس
 في اهور منها ان الاضطراب الغذائي الالتهابي فيه يكون قاصرا على
 الطبقات السطحية من الجلد ويحصل فيه على الخصوص نضج مصل على

السطح السائب من الجلد لكن يتميز عن أنواع الهريس من جهة بميله
 للامتداد على سطح الجلد فان ذلك واضح فيه ولو في الاجزى القليلة
 الامتداد ومن جهة اخرى بسيره غير الدوري وغير المرتبط بازمنة معينة كما في
 أنواع الهريس ويمكن مقارنة الاجزى بالالتهابات التزلية في الاغشية
 المخاطية فان هذا المرض كانه اكثر الاصابة المرضية للجلد الظاهر فكذلك
 الالتهابات التزلية تكون فيها الاصابة المرضية فاصرة على السطح الظاهر من
 الغشاء المخاطي غالبا وليست في جوهرة وكذا تصطبغ بنضج مصلى غزير
 على السطح السائب منه كما وانما تمتد عادة على سطح متسع وان كانت
 الاصابة ذات امتداد قليل في الابتداء يكون لها ميل للامتداد ايضا

وحيث ذكرنا ان الاجزى ما نوع التهاب جلدى منتشر مصحوب بنضج مصلى
 على السطح السائب منه فن الواضح كثرة تكون حويصلات على الجلد في
 هذا المرض كما انه من الواضح ايضا ان تكوين الحويصلات ليس عرضا
 ملازما ولا وصفا ضروريا للاجزى فانه ان كان النضج الحاصل على السطح
 الظاهر من الجلد غزيرا بحيث تتكون منه نقط صغيرة وكانت البشرة ذات
 مقاومة كافية بحيث لا تنقبض من النضج حالا وحيث تتكون حويصلات
 نشأ عن ذلك شكل الاجزى ما المبر عنه بالاجزى البسيطة أو الحويصلية
 واما ان صار متحصل الحويصلات عكرا مصفرا فيحيا باختلاطه باخيلية جديدة
 التكوين وهي التي يوجد منها عدد قليل جدا في كل حويصلة واستعدالت
 الحويصلات الى بثر سميت الاجزى ما بالبشرية واما ان كان النضج ليس
 غزيرا ولا مكوفا لنقط ترفع البشرة أو تغرقها فانه يحف عادة بعد زمن
 قصير ثم تنفصل البشرة فيما بعد من الجسم الحلى بواسطة النضج ولذا يرى
 بدلا عن الحويصلات والبثور قشور جافة ترتفع بسهولة عن الجلد المحمر
 وهذه الحالة كانت تسمى سابقا بالبتر يا زيس الاحمر وتسمى الآن
 بالاجزى ما القشرية وبالجلية فان انفصلت الطبقة البشرية بواسطة النضج
 وصارت الادمة عارية حمرة ظاهرة بدون طبقة قشرية سميت الاجزى ما
 بالاجزى ما الحمراء (أو بالنشاعة) وكثيرا ما يحف النضج المتكون على
 سطح الجلد بعد انفصال البشرة مكوفا لقشور أو خشكر يشات ولذا ان اشكال

الاجزىما النشاعة هذه كانت تسمى سابقا بالسعفة القشرية وبالقشور
البنية وبالقشور المخاطية وغير ذلك

وقد عُدَّ أشهر (هـ) من جملة أشكال الاجزىما الطفح الجلدى الذى
يظهر فى غالب الاحوال بحلقات صلبة ويسمى بالحزاز وسمى هذا الشكل
الخامس بالاجزىما الحلية وحيث انه فى هذا الطفح الجلدى الحلى يحصل
نضج غزير مصل على السطح السائب من الجلد به تنفتح أخلية الشبكة
المليحية بدون أن يكون هذا النضج غزيرا حتى لا يسيل على السطح
السائب من الجلد ويرفع الطبقة القرنية من البشرة على هيئة دويصلات فلا
مانع من ضم الحزاز الى الاجزىما او عده منها لكن لا يجوز أن يستثنى من
ذلك بعض أشكال الحزاز وجعلها اشكالا مخصوصة مخالفة للاجزىما

ثم ان الالتهابات الجلدية الاجزىماوية تنشأ عن جملة أسباب منها اولها
المهيجات اللا واسطية التى تصيب الجلد ككثير الحرارة الجووية المرتفعة
من حرارة الجسم وبذلك تنشأ الاجزىما الناتجة عن شدة الحرارة الجووية
وكثير أشعة الشمس الشديدة وبذلك تحصل الاجزىما الشمسية وكثير
الحمامات الحارة أو الحمامات المعدنية وعن ذلك تنشأ الاجزىما المعروفة
عند العامة بحرب الحمامات المعدنية وكثير الجلد باستعمال الوضعيات
الباردة والتشلىل البارد وعن ذلك يشأ ما يسمى عند الاندرياتبين (أى
الاطباء المشتغلين بالمعالجة بالماء البارد) بالطفح الجلدى البحرانى وكثير
الذلك بالمرهم الزبقى على الجلد وعن ذلك تنشأ الاجزىما الزبقية ويمكن
عدد عظيم من أنواع الاجزىما وازدادها جدا لو أردنا تسمية كل
اجزىما تنشأ عن تأثير مهيجات نباتية أو معدنية او جواهر طفيلية آلية أو
الضغط أو الحرش بأسماء مخصوصة وأما الالتهاب الجلدى الاجزىماوى
الناشئ عن الاكاروس الجربى فسنذكره فى مجله وكذا بعد من جملة الاجزىما
الدخنية الجرأ الاجزىما الناشئة عن العرق الغزير ومحصل الدويصلات فى
هذا الشكل نضج التهابى ذو خواص قلوية وايس كما فى الدخنية البيضاء
(وهو المعروف بالعرق الخبيث) ثانيا عوق استفراغ الدم الوريدى وحيث
ان هذه الاضطرابات الدورية تحصل غالبا فى الاطراف السفلى تكثر

ولا بد اصابها بالالتهابات الاجزمتماوية التي تشابه من حيثية المنشأ التزلزلات
 المعدية الناتجة عن انضغاط الوريد الباب والتزلزلات المستقيمة الناتجة عن
 الاجتباسات الدموية في الاوردة الباسورية ثالثا تكون الاجزيمات ذات
 ينبوع بني في كثير من الاحوال والاستعداد البني للاصابة بالاجزيمات وغيرها
 من امراض الجلد يعبر عنه عادة بالسكرازيا الطفحية اى سوء الانحلاط
 الطفحي والاستعداد البني الطفحي ولفظ سوء الانحلاط الطفحي يعنى به
 ان دم الاشخاص المصابة بالطفحات الاجزمتماوية البنية يكون متغيرا
 كما اوكيفا لكن حقيقة هذه النظريات لم تثبت بل بعيدة عن العقل فانه
 يشاهد اجزيمات ينبوع بني بدون شك عند اشخاص دمويين بكثرة كما
 تشاهد ايضا عند الانيميا وير وتشاهد عند المنوكين كما تشاهد ايضا عند
 الاشخاص المتمتعين بصحة جيدة ولا تكون الانحلاط فيها متغيرة بالكلية
 واما لفظ ~~ربا~~ ياتيزم طفحي فلا يمكننا الاعتراض عليه لانه موافق للحقيقة
 ولا يتفق ومنه مع التأكد كون الاستعداد البني للاجزيما او غيرها من
 امراض الجلد الموجودة حقيقة ينبوعه اضطرابات غذائية او غيرها من
 تغيرات الانحلاط وسوء التقنية الطفحي لا يندران يكون وراثيا بل قد أثبت
 العلم (ويل) انه وراثي في كثير من الاحوال ويعبر عنه بالاستعداد
 الخلقى ومظنة وجوده متى كان اغلب الاخوة من عائلة واحدة مصابة
 بالاجزيمات وكذا يظن وجوده متى كان الابوان والجدان مصابين بهذا
 المرض ولا حاجة لذكر كون الدياتيزم الطفحي كغيره من الامراض
 الوراثية يورث وتولد به الاطفال ويوجد استعداد بني واضح
 للاجزيما لاصحاب الاجزيمات البثرية عند الاشخاص المنحازين الى البنية
 والراشمين وبعض انواع الاجزيمات يكون له ولا بد ارتباط بالاسباب
 المترتبة اى سوء الهضم المزمن والبعض الآخر له ارتباط باضطراب
 الحيض ومثل هذه الاحوال وان كان لا يندرج الحصول على شعاع
 الاجزيمات بواسطة معالجة موضعية الا ان نكساتها لا تزول الا بزوال
 الاضطرابات السابق ذكرها والغالب ان لا يمكن اثبات وجود الارتباط
 بين الاستعداد الطفحي الواضح وبين اضطراب التغذية العامة أو الاصابات

المرضية لبعض الاعضاء وانما ظهور الاجز مما يدون مؤثرات مضرّة أثرت على
الجلد وكثرة ترددها ولومع تجنب المؤثرات المضرّة المذكورة هي العلامة
الوحيدة الدالة على اضطراب البنية

في الاعراض والمسير

الاعراض المحسوسة للمريض في الاجز مما هي الاحساس بأكلان
والاحتياج الشديد للهرش على الدوام وهما عرضان يوجدان في جميع
أمراض الجلد التي فيها يكون الجسم الحلي مصابا واما الاعراض المدركة
للطبيب فقد سبق بيانها فقد ذكرنا ان الجلد الذي هو مجلس للالتهاب
الجلدي المتشتر السطحى الغير الدورى المبر عنه بالاجز مما يكون مجلسا
لحوصلات صغيرة تارة وتارة لحويصلات مختلطة يشور وتارة أخرى مغطى
بقشور وفي احوال أخرى يكون هذا الجزء مكشورا لسطح آخر نشاع عاريا عن
البشرة وفي غير ذلك من الاحوال مغطى بقشور عظيمة او فلوس وفي العادة
تنقسم الاجز مما زيادة عن البسيطة والقشرية والحراو البثرية الى مرممة
لكن هذا التقسيم فضلا عن كونه غير مطابق للتعقلات السليمة التي
لا تسمح بعمل قسم آخر من الاجز مما مؤسسا على سير المرض أعني على
اساس تقسيم مخالف لما تقدم وقد تحقق في الطب العدلى ان هذا التقسيم
يؤدى للخطأ العظيم فان الاجز مما المرممة التي أريد جعلها نوعا آخر متميزا
عن الاجز مما الحادة تسير بسير مشابه لما يحصل في البسيطة والحرا
والقشرية والبثرية وفي الاحوال المستعصية المستطيلة المدة من الاجز مما
الحمر اقد ينضم للظواهر المرضية التي تشاهد على السطح الظاهر من الجلد
تغيرات في جوهره وهي عبارة عن ضخامة التهاية في الادمية في غاب
الاحوال مشابهة للنش الغشاء المخاطي المعدى والشعبي في احوال الالتهابات
المعدية والشعبية المرممة ويندرأ تكون عبارة عن ضروري الادمية ناتج
عن الضغط الواقع على الجلد من القشور والفلوس المتراكمة عليه

واهم من تقسيم الاجز مما وتميز أنواعها على حسب شكلها ومنبتها انقسامها
بالنسبة لامتدادها المختلف على سطح الجسم الى أجز مما عامة وموضعية
بدون اخذ اللفظ الاول الى معناه المطلق فان الاجز مما العمومية وان كانت

تمتد على سطح عظيم من الجسم لكن من النادر جدا أن تشغل سطح الجسم
بتمامه والاجزىما العمومية أندر مشاهدة من الاجزىما الموضعية وتظهر
أما ظهور احاد أو تسير حيثئذ بصفة الاجزىما البسيطة أو الاجزىما العشرية
ويندر أن تكون على صفة الاجزىما الحمرا أو انما تسير سيرا عرضيا
فتمكتسب حيثئذ في الاجزاء المختلفة من الجسم اشكالا مختلفة ايضا لاسباب
شكل الاجزىما الحمرا بحيث يوجد سطح عظيم من الجسم عار عن البثرة
نشاع وذو قشور عظيمة والاجزىما العمومية المزمنة مرض ثقل مستعص
للغاية وان لم يكن مهدد للحياة محمدنا على الدوام لاضطراب في حالة التغذية
العامية للأرض

واما الاجزىما الموضعية فكمثرا ما يكون مجلسها قروة الرأس وفي ابتداء
هذا المرض ان تكون على هذا الجزء حوى وصلات فالغالب أن لا نترك
وتسقط بسرعة بالتمشيط أو الطرش وان ظهرت الاجزىما الرأسية بصفة
الاجزىما البثرية أو الحمرا حصل ارتشاح أو نشع عظيم فيلتصق الشعر
ببعضه ويتكون على الرأس قشور تارة سطحية رخوة وتارة قديمة صلبة
كانت تعرف سابقا بالقشور السعفية أو النخالية وتكون هذه القشور مجلسا
للقليل ويتكاثر فيها جدا وكثيرا ما تنفج العقد الليفية الغنية
في أحوال الاجزىما انشاعة للرأس أو تنفج وتكتسب الاجزىما الرأسية
صفة أخرى ان كان النضج المتكسب قليلا جدا بحيث لا تتكون حوى وصلات
على البثرة وفي مثل هذه الأحوال تكتسب الاجزىما الرأسية شكل
الاجزىما القشرية بحيث لا توجد جلدة الرأس المحمرة مغطاة بعدد عظيم
من القشور البثرية المفصلة فقط بل توجد كذلك تلك القشور بين الشعر
وياقصة الملابس وهذه الحالة كانت تسمى سابقا بالسعفية وان كانت
القشور البثرية المختلطة بالنضج الجاف مكونة لطبقات كثيفة لماعة تسمى
بالسعفة القشرية للماعة وكذا تشاهد الاجزىما بكثرة في الوجه بجميع اشكالها
وعند الاطفال تكثر الاجزىما البثرية والحمراء وتضيق على الخصوص
الوجنتين والذقن بدون اسباب الاجزاء الأخرى و سطح هذه الاجزاء يكتسب
هيئة محمرة لماعة ويتغطى بعد ظهور بعض الحوى وصلات والبثورات

وانفجارها بسائل صاف مصفر ثم يجف هذا المائل فيما بعد فيتكون عن
ذلك قشور مصفرة واذا أزيلت تلك القشور قبل انطفاء هذا المرض فلا يوجد
اسفل منها طبقة بشرية حديثة بل توجد الادمة العارية الشائعة واما الاجزاء
البثرية الوجهية والحمرية فكانت تسمى سابقا بالبربر بجو الوجهى وبالسفة
الوجهية والقشور البنية والقشور الثعبانية ونحو ذلك ولا يندر أن تمتد
الاجزاء من الوجه الى القناة السمعية الظاهرة واكثر مضاعفتها بالزكام
او الارماح او اتفاح العقد الكائنة اسفل الذقن والعنق وفي كثير من الاحوال
تكون الاجزاء الوجهية قاصرة على الاذنين والحماجيين والاجفان لاسيما
زوايتيهما او على الشفتين فتكون هذه الاجزاء مربعة بحوصلات أو عارية
عن البشرة ومغطاة بافراسائل أو قشورا ويكون شكل الاجزاء المصابة لها
على شكل قشرى محدود وتحصل الاجزاء بما في محيط الحلة الثديية عند
النساء المرضعات وكذا عند غيرهن بل وعند الاطفال وح تشاهد على شكل
الاجزاء الحمراء المستعصية وكذا تحصل الاجزاء بما على شكل من من
محدود حول المرأة لاسيما عند الأشخاص العمان ويوجد شكل مهم من
هذا المرض وهو الاجزاء الاستحيائية فتصيب في الرجال القضيب والصفن
وعند النساء الشفرين العظيمين وتسير اما سير احادى على شكل الاجزاء
البسيطة عادة او سير امنا كسير الاجزاء الحمراء الشائعة وهذا الشكل
يوقع المرضى في حالة يأس بسبب الاكلان الغير المطاق المصاحبه
فيه عادة وعين ذلك يحصل في الاجزاء التي تصيب الشرج وتحصل في
محيط الاست أو في العمان غير ان هذا الشكل يكون أقل افراسا من الاجزاء
الاستحيائية وقد شرح المعلم (هبرا) شكلا آخر من الاجزاء المصابة
للجهة الانسية من الفخذين ومما به الاجزاء الخطية وهذا الشكل يحصل على
الخصوص عند الجزجية والخيالة ويبتدى عادة من المحل الذي فيه بلامس
الصفن الجهة الانسية من الفخذين ومن هنا يمتد الى أجزاء أخرى وبعد
قليل من الزمن يصيب الجهة الانسية من الفخذ المقابل بالاستواء والانتظام
والاجزاء التي تحصل في الاطراف تشاهد بكثرة في الساقين وتكون على
شكل بقع غليظة حمر غزيرة الا فراس مغطاة بقشور متفاوتة الثخن وتسمى

عادة بالاجزىما السبلانية وان كانت الاجزىما مصيبة لثنيات المفاصل
وجسدت مغطاة بطبقة بشرية هشة خشنة بسبب اختلاطها وتسكاتها
بالنضج القليل الجاف فتشقق عند تحريك المفاصل وتكون تشققات مؤلمة
للغاية

ومن المستغرب حصول الاجزىما في اليدين والقدمين واصابتها معا بكيفية
واحدة فان كانت الجهة الوحشية هي المصابة سارت الاجزىما بشكلا
البسيط مع تكون حوصلات ويسهل حينئذ اختلاطها بالجرب وان كانت
مصبية للجهة الانسية فمن النادر تكون حوصلات بل انما الب أن تكون
الاجزىما الحمراء مغطاة بطبقة كثيفة من البشرة الجافة المختلطة بالنضج
وحيث ان هذه الطبقة تفصل على الدوام من راحة اليدين وأخص القدمين
على شكل قشور مبيضة سميت أجزىما راحة اليدين وأخص القدمين خطأ
بالبتر يازس أو البسر يازس الراحي أو الأخصى

المعالجة

يقع في معالجة الاجزىما كما في باقي معالجة أمراض الجلد نوعان من الخطأ
فان جماعة من الأطباء يعتقدون ولا بد ان كل معالجة موضعية للاجزىما خطأ
عظيم وذلك لعدم المعلوماتية على زعمهم بان كان زوال الطفح له عواقب خطيرة
أما لا ولذا ان هذا القسم من الأطباء بسبب الخوف الذي لا أساس له غالباً
من كون زوال الطفح وشفاؤه بمعالجة موضعية يضر بالمرضى يأمرون غالباً
بامتناعهم عن جواهر دوائية من الباطن التي تضر بالمرضى بلا شك وفريق
منهم تابع بلبصر شهرة (هيرا) ويرغم ان المعالجة الباطنة
للاجزىما لا فائدة فيها ويعالج جميع انواعها بدون استثناء ولو ان
حصل عقب ظهورها زوال أمراض بعض الاعضاء المهمة بوساطة علاجية
ظاهرة ولا يشك من نجاح طريقة الملم هيرا من انه في معظم الاحوال
تفضل المعالجة اللا واسطية للجلد عند المصابين بمرض جلدي اذ هذه
الطريقة العلاجية تكاد لا تزول الاضطرابات الغذائية للجلد مع التأكد
والسرعة فقط بل أقل ضرراً بالمرضى عن الطرق العلاجية الباطنة
بواسطة المسهلات الشديدة والاستحضار ان المعسدية وغيرها من

الجواهر الدوائية الشديدة الفعل وبالجملة فمن المحقق انه من الاعتقادات الفاسدة ما عدا بعض أحوال استثنائية ان الخطر قد ينشأ من شفاء المرض الجليدي بواسطة معالجة موضعية ومن جهة أخرى لا ينكر ان الاجز بما التي تعالج فقط بواسطة علاجية موضعية تكثر نكساتها وانه يوجد حقيقة بعض أحوال منها فيها الخوف من ان شفاؤها بواسطة معالجة موضعية يعقبه اصابة مرضية في الاعضاء الباطنة مبني على الاساس

ويعدم من أنواع الاجز بما التي نعتقد ان المعالجة الموضعية الشديدة فيها غير جائزة بل يخشى منها أولا الاجز بما التشاعة لفروة الرأس والوجه عند الاطفال فان الظاهرة المعلومة من انه عقب شفاها تحصل بسرعة نزلات شعبية مرضية ولا بدومع هذا قليل من الثابت المحقق ان تلك الامراض ظهرت بسبب زوال الاجز بما والعكس بالعكس اعني ان أمراض الاعضاء الباطنية زالت بسبب ظهور هذا الطفح لكن عكس هذه المسألة ايضا ليس من الثابت المحقق ومن الجائز أن هذا الارتباط السببي الذي أشرنا اليه وجوده كاف في عدم استعمال المعالجة الموضعية في الاجز بما التشاعة لفروة الرأس والوجه عند الاطفال وان أريد مضاربة هذا التصور والاعتراض عليه بانه كان من المتسلطن من منذ زمن طويل آراء مطابقة لذلك بالنسبة للنتائج المضرة للمعالجة الموضعية للعرب وانها رفضت فيما بعد بالسكينة وتحقق انها من الاعتقادات الفاسدة لاعترفا بما كان ذلك ونجوا به وانه في العصر المستقبل سيتحقق ان الخوف من المعالجة الموضعية في الاجز بما المذكورة لا أساس له ونقول ولا بد ان هذا الخوف والحالة التي عليها العلوم والمعارف الطبية في عصرنا هذا واجب التمسك به والاثبات القوي بان غير هامن الاجز بما عولجت بمعالجة موضعية وشفيت بدون ضرر لا يدل على شيء بالنسبة اشكل الاجز بما الذي نحن بصددده فانه ولومع المشاهدة العظيمة الظاهرية لافان الاجز بما مع بعضها يوجد فيها ولا بد اختلافات بالنسبة لنسبها وير حالة التبادل العنصري والتغذية في باقى أجزاء الجسم

ثانياً يعدم من الاجز بما التي لا يجوز فيها فعل معالجة موضعية الاجز بما

التي تحصل عند البالغين وتكون بحسب الظاهر معوضة لغيرها من
الامراض التي تكون قد زالت عند ظهورها (وهي) وان ذكر صريحا
انه عاجل وأبرأ بدون ضرر مثل هذه الاجز بما عند كثير من المرضى بمعالجة
موضعية فمع ذلك ليس عندنا جسارة ولومع شهرته في اجراء معالجة موضعية
في الاجز بما التي عندنا ظهورها قد زالت أرما د ثقيلة واضطرابات مرضية في
الهضم أو غيرها من الامراض الثقيلة

ثالثا يوصى بعدم اجراء معالجة موضعية أو اقله الاقتصار عليها بالسكينة في
احوال الاجز بما المتعلقة باصابة مرضية ببنية وبالفائدة لبعض الاطباء
الذين يزعمون ان كل اجز بما مجهولة السبب متعلقة بحالة ديسكرازية لم يبق
الاقليل جدا من أنواع الاجز بما التي يجوز معالجتها بمعالجة موضعية فقط ولا بد
بعد من التسقدمات العظيمة التي اكتسبت بمعالجة الامراض الجلدية في
العصر المستجد لان اعتبار الاجز بما ببنية الا اذا وجد خلافها باصابات بنية
مرضية تدل على نوعيتها وتعلقها بتغير بني وتعالج بمعالجة عمومية
لاموضعية ومن المتفق عليه بالنسبة للاجز بما الزهري بة عدم الاقتصار على
تجوير بمعالجة موضعية كما وانه لا يجوز الا بقاءه بالاقتصار على معالجة
موضعية في احوال الاجز بما التي تحصل عند الأشخاص المختارين البنية
والمصابين بالراشيسم والتي تظهر عند البنات المصابات بالخلاوروز وتنضم
للاصابات المرضية في الاعضاء التناسلية فان الوسائط العلاجية المؤثرة
تأثيرا موضعيا وان كانت غير مضره هنا الا انها لا تستعمل الا بقصد مساعدة
المعالجة العمومية المضادة للمرض الاصلى لكن تنبه على انه ليس من
النادر ان الاجز بما التي نشأت بدون شك عن اصابة ببنية عمومية قد تصير
قائمة بنفسها بعد اطعام الاصابة البنية وزوالها وتبصر الى أن تزول وتشفى
بواسطة معالجة موضعية قوية وقد شاهدت حالة مرضية في مجذبرغ عند
أحد التجار فيها كان المريض مصابا باجز بما شوهة جدا في الوجه والرأس
مع اصابات زهرية واستمرت بجله من السنين بعد زوال جميع اعراض الداء
الزهري وشفى هذا المريض بواسطة معالجة موضعية في قليل من
الاسابيع أجروا عنده أحد الجراحين بواسطة مرهم من الراسب الابيض

وكر بونات الرصاص وذلك بعد ان استشار هذا المريض أغلب مشاهير الاطباء
 في اوروبا وأجرى معالجاته بمرحلة قوية بدون طائل المرة بعد المرة
 ثم ان كلام من الطبقات الرأسية النشاعة للأطفال والاجزى ما العوضية
 والتي يكون ينفوعها بقبيا يكون عددا قليلا جدا بالنسبة لافانواع الاجزى ما
 التي فيها تستعمل المعالجة الموضعية بدون معارضة مع النجاس العظيم ولنذكر
 ابتداء من الوسائط الموضعية الراسب الابيض على شكل مرهم بان يؤخذ من
 اول كلورور الزئبق (النشوى) ٤ جرام (اعنى درهما) ومن (الشحم العظيم
 او المرهم البسيط ٣ جراما اعنى أوقية) او السليمانى الاكال على شكل
 محلول خفيف بان يؤخذ (من ثاني كلورور الزئبق الاكال من ٥ سنجرام
 الى واحد يسجرام) (اعنى من قعقة الى اثنتين) ومن الماء المقطر ٣٠ جراما
 اعنى (أوقية) فان هذين الجوهرين سهلا الاستعمال ولا تتركه المرضى منهما
 مثل المراهق القطرانية والصايبون الطبي وغيرهما من الوسائط العلاجية
 ولانهما يكفيان في معظم الاحوال لشفا الاجزى ما ولو المستعصية في زمن
 قليل وليس عندنا مقدرة على توجيه التأثير الجيد لاراسب الابيض
 والسليمانى الاكال في الجلد الملتهب التهابا اجزى ما ويا توجيها شافيا لكننا
 نذكر ان كلام من المرهم الراسب الابيض والاحمر يستعمل من منذ زمن طويل
 في الالتهاب الملتحمى ومعدود من الوسائط القوية التأثير والاجزى ما التي
 فيها يستعمل مرهم الراسب الابيض على الخصوص هي اجزى ما الوجه
 وفروة الرأس التي لا تكون ذات امتداد عظيم ولا سيما التي تؤدي لثخن عظيم
 في الادمة اذ في مثل هذه الاحوال قد تحقق لنا على الدوام نجاح هذه
 الطريقة العلاجية في الاكلينك وفي الطب العملي فاننا بذلك شاهدنا زوال
 الاجزى ما في قليل من الاسابيع ولو انى استمرت سنة أو سنتين بل والتي
 استمرت ثمانى او عشرين سنة وكنا نخشى استعمال المرهم الراسب الابيض
 خوفا من التلعب والتسمم الزئبقى في احوال الاجزى ما ذات الامتداد
 العظيم جدا لكن قد تحقق لنا مرة النجاح العظيم في مثل تلك الاحوال أيضا
 وصار تحملها بدون ضرر

وقد شاهدنا غير ذلك أى حصول النجاح من استعمال مرهم الراسب

الايض في الاجزاء بما الممتدة على اجزاء من الجسم كالوجه والاطراف
 العليا والسفلى مع بعض ثخن في الجلد كما ذكره نمار لكنا في هذه
 الحالة كنا مستمرين على ذلك به جزاء بعد الاخر من اطول بلا بدون
 مشاهدة ادنى عارض منه وكنا نؤثر به على الجزء الممتدة فيه ظواهر الاجزاء
 بالاكثر

والنكسات عقب استعمال مرهم الراسب الايض غسبر مأمونة
 ولذا يجب ايقاظ المرضى وتنعيمها على حصولها وامرهم باستعمال
 العلاج ثانيا متى ظهر ادنى اثر من هذا المرض اذ بذلك يمكن شفاؤه شفاء تاما
 ويكفى في معظم الاحوال ذلك الجزء المريض مرتين او ثلاثة بمرهم الراسب
 الايض اومسه بالفرشة المغموسة في محلول السليمانى كل يوم ومن الواضح
 انه ينبغي قبل ذلك الالة القشور الموجودة ونزاعها وتجهيف المحل تجفيفا
 جيدا قبل ذلك اومسه ومثل مرهم الراسب الايض ومحلول السليمانى
 الا كالمركبات الحارصينية والزحلية فانها تستعمل كذلك في معالجة
 الاجزاء بما التي لا تكون ذات امتداد عظيم ولم تؤدى الى ثخانة عظيمة في
 الجلد ويوصى باستعمال محلول كرونات الحارصين بقدر ٢ جرام على ١٨٠
 جرام من الماء (اعنى نصف درهم منه على ست اوقا من الماء) ومرهم
 اوكسيد الحارصين وكبريتات الرصاص بقدر ٤ جرام منها على ٣٠ جراما
 من النعصم (اعنى درهم على اوقية) ويوصى عند المرضى التي لا تقبل
 المراهم باستعمال مخلوط مكون من زهر الحارصين مع الجاليمرين
 او المسعوقا لمكون من زهر الحارصين مع مسعوق ثمر اليكبوداى الكبريت
 النباتى او الشاء بان يؤخذ من زهر الحارصين ٤ جرام (اعنى درهما)
 ومن الشاء ٣٠ جرام اعنى اوقية وفي احوال الاجزاء الشائعة سيما
 التي تكون خلف الاذنين وثنية الركبتين وبين اصابع اليدين والقدمين
 تستعمل بنجاح المعالجة التي اوصى بها المالمهبر بواسطة المرهم الذي اخیلوني
 المجهر بالكيفية الآتية وهي ان يؤخذ عجينة الشمع الذي اخیلوني وتسيح
 على حرارة لطيفة ويضاف اليها قدرها من زيت بزر الكتان ويمزج هذا
 المخلوط من جاجيدا بغير يكمه حال برودته وانه يوصى بالمركب الآتى وهوان

يؤخذ من زيت الزيتون النقي ١٥٠ جراما اعنى خمس اواق ومن المرتك
الذهبي ٤٠ جراما (اى عشرة دراهم) ويطبخ الى ان يذهب الى مرهم ويخونم
يضاف اليه من زيت الخزامى ٢ جرام اعنى نصف درهم وعمزج ذلك ويعمل
مرهما وبذلك بالمرهم الذي اخبروني اما مرتين او ثلاثة على المحل المريض
او يطلى بهذا المرهم وهو الاجود وفائدته صغيرة من السكتان ويغلى بها المحل
المريض وفي احوال الاجزىما المتعددة المصوبة بآكلان شديدا لاسيما
الاجزىما العمومية يوصى ولا بد باستعمال التشاغل البارد فان هناك
بعض المرضى لا تتحمل الوسائط المهيجة الشديدة الا في ذكرها وقد اوصى
المعلم هرا بالتشاغل اقله مرة او اثنتين او ثلاثة في النهار ويكون استعماله مدة
عشر دقائق او ١٥ دقيقة في محل حار اذ بهذه الطريقة يمكن شفاء الاجزىما
ولو المستعصية جدا على جميع الطرق العلاجية ولو ان ذلك يحتاج لزمن
طويل وجهاز التشاغل يمكن فعله بثمن قليل

وبدلا عن التشاغل البارد يمكن استعمال المسكمان البارد في الاحوال
الحديثة من الاجزىما الموضعية لاسيما التي لا تتحمل الوسائط المهيجة
وكما استعملت الاجزىما واشترك جوهر الادمية في الالصابة السطحية
وكان لمس الجلد باساقه رقة على هيئة ثنية احتاج الحال لاستعمال
الوسائط الدوائية الممدوحة بكثرة والجارى استعمالها في معالجة جميع
الامراض الجلدية المستعصية وذلك لانها تحدث بتبوعا عظيمة في
تغذية الجلد

وقد دلت التجارب على ان الاستحضارات الكبريتية التي هي من جهة تلك
الوسائط قليلة الجدوى في معالجة الاجزىما ولا تثمر الا في احوال نادرة منها
لاسيما في الاجزىما الخطية كما قال هرا اى التي تظهر في ثنية الفخذين
بل مضرة في غالب احوالها بخلاف كل من الصابون الاخضر واقطران
والبوتاسا الكاوية فانه ذو منفعة عظيمة في جميع احوال الاجزىما العتبية
المصوبة بارتشاح عظيم في الادمية ولهذا كرم مع الاختصار كيفية استعمال
تلك الجواهر طبعا لما ذكره المعلم هرا فنقول اما الصابون الاخضر الطبي
فيسلك به المحل المريض مرة او مرتين كل يوم او يطلى به فائدتان الصوف

ويغطي به الحبل المصاب مع تغييرها مرتين كل يوم وينبغي التماسد على ذلك
 ثلاثة ايام او ستة ثم يوصى باستعمالها بدون ترخ المرحم الموجود به او الرافاند
 الموضوعة عليه ثم يثمر الرريض بعد ثلاثة ايام بحمام وتوقف المعالجة مدة
 يوم وينبغي تكرار هذه الطريقة الى ان يزول تخن الادمه بالكلية ويقف النشع
 وهذا الزمن الذي فيه تسهيل الاجز بما النشاعة الى اجز مما قشرية جافة يعتبر
 ههنا الوقت الذي فيه يبدل استعمال الصابون الطبي بالقطران وقد فضل
 المعلم المذكور من جميع انواع القطران ما كان قليل الكراهة في الرائحة وهو
 المسمى بالزيت المسكوبي المجهر من شجر حب العرعر (المسمى يزييت
 السكاد) ويفضله عن القطران المعتاد المجهر من خشب اشجار الفصيلة
 المخروطية (وهو القطران السائل الاعتيادي) ونحن نستعمل عند سنين
 عديدة بدلا عن القطران النقي او مرهمه محلول من القطران في السكول
 (بان يؤخذ من القطران السائل ومن الكؤل اجزاء متساوية او من القطران
 السائل والصابون الاخضر اجزاء متساوية اعني ١٥ جراما ومن الكؤل ٣٠
 جراما اعني اوقية) فهذا المحلول كاف في جميع الاحوال وسهل الاستعمال
 عن القطران النقي والمرهم القطرانية ويسهل ترعه عن الجلد والدلك بمحلول
 القطران ينبغي تكراره مرة او مرتين كل يوم الى ان تصير الطبقة المسمرة
 المتكونة على الجلد مسكوبة ولا تنفصل منه بسهولة بعد من يسير بل
 تبقى جملة من الايام ولا تظهر بخداتفصالها اجزاء الجلد المرسى
 مجرة فانه مادامت القشرة القطرانية تنفصل بسهولة والجلد الكائن
 تحتها الجردل ذلك على عدم انتهاء التغير المرضي ثم ان كان استعمال
 القطران من الظاهر يحصل في العادة بدون ضرر ينشأ عند بعض
 المرضى عقب الدلو كانت الاولى به التهابات جلدية شديدة تمنعنا عن استمرار
 المعالجة وأكثر من ذلك حصولا هوانه عقب ذلك المستمر بالقطران على
 اجزاء متقدمة من الجلد يطرا ظواهر ثم شديدة في المعال والسكريتين
 كالقي والاسهال وخروج بول مسود ذي رائحة قطرانية واضحة تظهر
 خصوصا عند اضافة بعض نقط من حب الكبريت اليه وكالحى والدوار
 ونحو ذلك وهذا ولا بد يلجنا لايقاف المعالجة وكأنه يوجد بعض أنواع

من الاجزما لا يجوز فيها استعمال كل من الصابون الأخضر والقطران
يوجد أيضا أحوال أخرى من هذا المرض قيم اتجهل المرضي المعالجة
المذكورة بلا طائل وهذه هي الاحوال التي فيها ينبغي استعمال كل الجزء
المرضي من الجسد بمحلول مركب من البوتاسا السكاوية ٥ جرام على ١٠
جرام من الماء أعنى درهم على درهين والكي بهذا المحلول لا ينبغي فعله
الامر في الاسبوع وعند اجرائه ينبغي مس الجزء المريض بسرعة بواسطة
فرشة من النسالة صارغها في المحلول ثم يغطى الجزء المريض بالمكمدات
الباردة بسرعة وذلك لاجل تطهير الالام الشديدة التي تنجم عن ذلك وهذه
الطريقة تشفى الاجزما ولو المصيبة جدا عقب تكرار المس بهذا المحلول
خمس مرات أو ست

وبالمعملة فان قيل هل ينبغي الاقتصار على المعالجة الموضعية في الاحوال
التي فيها وان شغيت المرضي من الاجزما بالكيها لا تكون مصانة عن
النكسات اولا وهل ينبغي أن ينضم الى المعالجة الموضعية معالجة عومية
في مثل تلك الاحوال ولولم توجد اضطرابات بنمية عومية كداء الحنازير
والراشيتنم وأحوال سوء الهضم المستتيلة المستعصية أو اضطرابات
الحيض أم لا فاما المعلم هيرافيرف ذلك البتة وأما المعلم ويل فانه يقول أيضا
باهية المعالجة الموضعية كالمعلم هيرافيرف الا أنه ينضم للمعالجة الموضعية استعمال
المنقوعات المليئة ويودور البوتاسيوم بمقادير يزاد فيها على التدرج
ولوى الاحوال التي فيها لا توجد اضطرابات بنمية مدركة ونجاح هذه
الطريقة العلاجية في كايينك المعلم ويل واضح للغاية حيث يسمره ملاحظة
حالة المرضي التي تعالج عنده حال حصول النكسات لهم وتردهم الى ما رشتانه
ونحن لانقول بخير بذلك فقط بل نعتبر من الضرورى ضم معالجة عومية
للمعالجة الموضعية في جميع الاحوال التي فيها مع تجنب المؤثرات المضرة على
الجلا يحصل نكسات متكررة من الاجزما فان من الامور القليلة الفائدة
كون المرضي بعد شفائها تعود لها الاجزما بعد قليل من الاسابيع كما كانوا
ولا حاجة للبحث الدقيق المستطيل حتى توجد امثلة عديدة مثبتة لكون بعض
الاشفياض التي عولجت باجود طرق علاجية من اطباء مشهورين

جسدا في معالجة الامراض الباردة مهابة من مثله سنين باجزيا
وان هذه الاشخاص شفيت منها مدة قليلة من الزمن عقب
استعمال اى طريقة علاجية ولا يمكن جعل قواعد عامة بخصوص اجراء
المعالجة العمومية عند مثل هؤلاء الاشخاص المهابين بالاجزما الناشئة
عن حبيب بنى طغى لكنه على وجه الاجمال لاصعوبة في ايجاد معالجة
عمومية لاثقة فان الحالة البنية للاشخاص وتغذيتهم وحالة معيشتهم من
الامور التي يرتكز اليها في تأسيس الطريقة العلاجية التي يترتب عليها
تنويع معيشتهم مع النجاح وكذا يتبعهم بدون ضرر وبما يوجب الاسف
كون التاكد من النجاح للطريقة العلاجية للعلم هيرافي كثير من الاحوال
وقد ياقط يؤدي للرجوع الى الطريقة القديمة الفاسدة التي تلى حسبها
تعالج كل اجزما باستعمال المسهلات على انفرادها فانها في الاجزما المترمنة
لا تثمر مطلقا بل مضرة في الغالب لكن متى كان عندنا مريض مصاب باجزما
مترمنة وكان عنده تولد شخص غزير وكان كثيرا كل والشارب زيادة عما
يحتاج اليه تعويض جسمه وميناداعلى تعاطي جواهر غذائية مولدة لثقتهم
بكثرة فلا بد وان يشفى هذا المريض بسرعة ويستعمل شفاووز مناوط وبلا منى
استعمل له معالجة مسهلة منتظمة وانتظم التدبير الغذائى زيادة عما اذا
اقتصر عندو على استعمال معالجة موضعية ولم يلتفت الى التدبير
الغذائى لاني انتهاء المعالجة ولا يعدها ونحن نوصى في مثل هؤلاء المرضى
متى كانت الاجزما ممتدة بمطبوخ (زيتون) وان كان تركيبه غير
معقول وذلك لان المرضى تشمل عند استعماله لتدبير غذائى جيد

وأما اذا كانت حالة الامراض المهابة بالاجزما مغايرة للاشخاص السابق
ذكرها بان كانت غير جيدة البنية ونحيفتها فلا ينبغي اعطاؤها تلك
المسهلات ولا تقبل تغذيتها حيث لو أجرينا ذلك لتناقل المرض فعند مثل
هؤلاء الاشخاص ينبغي ولا بد التمسك بحالة معيشة بها تقوى تغذية الجسم
مع استعمال زيت السمك ومماثل ذلك من الجواهر المعوضة كالربان
الحديدية والكيمنية والزنجبية ونحو ذلك

المبحث الثامن

(في الالتهاب الجلدي السطحي المنتشر المصحوب)

(بتكون بثور صغيرة المعروفة بالامبتيجو)

(كيفية الظهور والاسباب)

ينفرز في الامبتيجو كما في الاجزيماء نضج موصول على السطح الظاهر من
الادمة مع تكون كمية عظيمة من اخلية جديدة تختلط بالمادة المصلية ولذا
لا يكون متحصل الحويصلات الصغيرة المتكون في الالتهاب الجلدي
البثرى صافيا شفافا كما في الاجزيماء بل متعكرا مصفرا وعند انقصاب
الطبقة البشرية المصفرة المغطية لتلك البثرات ينسكب سائل صديدي
يستقبل فيما بعد الى قشور صفراء مخضرة وحيث ان المتحصل المصلي
لحويصلات في الاجزيماء يختلط على الدوام بعد قليل من الزمن بالاخلية
الجديدة ومتحصل بعض الحويصلات في الاجزيماء البثرية يكون كذلك مختلطا
بكمية عظيمة من اخلية جديدة ويظهر مصفرا صديديا فحين الواضح انه
لا يمكن وضع حد فاصل بالذرة بين الاجزيماء والامبتيجو وانه لا بد من وجود
اشكال بينهما يمكن عدها مع الاجزيماء كما يمكن عدها مع الامبتيجو وهذا
يقال على الخصوص بالنسبة للطفح النشاع للرأس عند الاطفال المعبر عنه
تارة بالاجزيماء الراسية أو الوجهية وتارة بالامبتيجو أو (البروريجو)
لرأس أو الوجه

وبعد من اسباب الامبتيجو ابتداء المهيجات اللاواسطية المؤثرة على الجلد
تأثيرا ظاهريا وكلما كان الجلد شديدا لتأثر سهل انتاج المهيجات الواهية
للالتهابات وتكون نضج خلأى على السطح الظاهر منه فهناك بعض
انحصاص يكفي عندهم وضع مساحيق راتنجية أرضيات فائرة فتباعدت
بمرعة ظهور طفح على الجلد وشدة تأثر الجلد توجب خصوصا عند
الانحصاص ذوات الجلد الرقيق البشرة الابيض اللون لاسيما عند الانحصاص
الختازيرى البنية بل عند هؤلاء قد يظهر الطفح البثرى بكثرة بدون
مهيجات مدركة أثرت على الجلد ولذا انه يعد مع الالتهابان الترابية
الزمنة والانتفاخات العقدية من الاعراض المهمة لاداء الخنازير وبالجملة
يشاهد الامبتيجو خصوصا عند الاطفال بدون مهيجات مدركة على الجلد

و بدون استعداد خناز يرى او سبب آخر معلوم ويقال على العموم في مثل هذه الاحوال التي ليست بتأدية ان الذي أحدث الطفح هو الغذاء القوي ولا سيما لبن الام الدسم او حارته وليس لهذا القول ادنى اساس قوي يرتكن اليه

في الاعراض والسير

التهاب الجسم الحلي الذي ينشأ عنه التضع في الام مبتيجو يكون مصحوبا باكلان واحتياج للهرش وهاتان الظاهران المحسوستان مع وجود بثرات صغيرة مدية على قاعدة مجرة او وجود قشور مصفرة مخضرة تكون الاعراض الوحيدة للامبتيجو ويندر ان يحصل في التهاب الجلد البثرى الشديد جدا في السير الحاد حتى شديدة واضطراب بنى عام وعلى حسب كون الطفح البثرى قاصرا على جزء من الجسد او منتشرا على سطح عظيم منه يميز لامبتيجو الى محدود ومنتشر ويشاهد الاول غالباً في الوجه لاسيما الوجنتين والفتحين والانف وفروة الرأس لكن لا يندر ان يشاهد في الجذع والاطراف فيشاهد ابتداء بقع مجرة منعزلة عن بعضها او مختلطة في محال من الجسم مستديرة او بيضاوية الشكل وغير منتظمة متفاوتة الاتساع فان كان هذا الاحمرار شديدا جدا والجلد متورما معا ووجدت الحلي ناشكل الامبتيجو الذي مماء (وبليان) بالامبتيجو الجري ثم يظهر على القاعدة المحيرة بسرعة نكت صغيرة مصفرة يعظم حجمها بسرعة حتى تصل الى حجم العدسة وترتفع عن موازاة الاجزاء المحيطة بها بقليل وعما قريب من الايلم تنفجر تلك الحويصلات ويستفرغ من مصلها فيخف ويكون لقشور مصفرة يبيق أسفلها نضج قليل من سائل قيحي وبذلك يحصل ازدياد في ثخن القشور وفي اثناء ذلك تظهر بثرات جديدة حولها وعند نزوع تلك القشور التي قد تنكسب احيانا ثخنا عظيما توجد أسفلها الادمة التي تكون عارية ابتداء ثم تغطي بنضج قيحي مصل وتكون مغطاة في انتهاء هذا المرض بطبقة بشرية رقيقة حديثة التكوين تلغ الادمة من خلالها بلون احمر وعند تحرك الاجزاء المريضة يحصل فيها تشقق وسير الامبتيجو المحدود يكون عادة تحت حاد بحيث ان التغير المرضي فيه ينتهي في ظرف اسبوعين

او ثلاثة عقب انفصال القشور ومع ذلك توجد احوال يكون فيها هذا الشكل من الاميتيجو مرضنا بحيث يستمر بجملة أشهر بل سنين في بعض احوال نادرة فيها يحصل في جوهر الادمه كافي الاجز مما المزممة تغير بحيث تصير تخينة متدبسة

وأما الاميتيجو المنتشر فانه يصيب على الخصوص الاطراف وكثيرا ما يكون منتشر على جميع احمدها بل وعلى جميع سطح الجسم وكل من احرار الجلد الذي يحصل مع اكلان شديد وظهور بثرات واغبارها وتكون القشور واذا يادئتها شيئا فشيئا مع تكون بشور حولها وسقوط تلك القشور يحصل كما في الشكل السابق انما شكل الاميتيجو المنتشر كثيرا ما يكون ذا سير بطيء مزم من ويؤدي غالباً لتقرحات سطحية لان التكون الخاوي الجديد لا يحصل على سطح الادمه فقط بل يحصل كذلك في جوهرها

في المعالجة

كثير من احوال الاميتيجو لا يحتاج الى وسائط علاجية قوية فانما تشق من نفسها بعد بعض اسابيع ولذا تنصرف في الاحوال الحديثة على الالة القشور زمنافزنا بواسطة الزبد الغير المعلم او المرهم الحلو البسيط او غيرهما من الجواهر الدسمة وفصلها بواسطة الضمادات الفاترة اللينة وان استمر هذا المرض جملة اسابيع او اشهر فلاثرة في المعالجة الانتظارية وحيثئذ يلجأ تبعا للقواعد التي سبق ذكرها في البحث السابق لاجراء معالجة عامة او موضعية والاولى يحتاج لها بكثرة في الاميتيجو زيادة عما في الاجز مما فان شكل التهاب الجلدى البثرى يكون في كثير من الاحوال عبارة عن ظاهرة مرضية من ظواهر اضطراب التغذية العامة

اما المعالجة الموضعية للاميتيجو ففيها تسهّل الوسائط العلاجية التي تقدم ذكرها في المعالجة الموضعية للاجزاء انما يندرج تحت الوسائط المهيبة الشديدة المستعملة بكثرة في الاجز مما وذلك لشدة التهاب في المرض الذي نحن بهدده المتصف بالتكوى القبيح العظيم وبفضل فيما كل من الراسب الابيض واوكسيد الحارصين وكبريتاته والكي الخفيف بثرات الفحة عن الاستحمامات السكرية وبثينة والدلك بالصابون الاخضر الطبي والقطرس وهو ذلك

﴿المبحث التاسع﴾

* (في الالتهاب الجلدي المصحوب بتكون بثور عظيمة منعزلة عن بعضها) *

(المعروف بالاكتيما)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

بثور الاكتيما وان ارتفعت على الدوام على قاعدة شديدة الاحمرار متفخة بسبب ارتشاحها السكن ولومع ارتقاء الالتهاب في هذا المرض ينبغي ان تكون الخلقة القحيمة في هذا الشكل من الالتهاب الجلدي قاصرة على السطح الظاهر ولا يمتد في الغالب الى جوفها وفي هذه الحالة الاخيرة تؤدي الاكتيما الى تفرح في الجلد تخلفه ندب التحامية وما ذاك الا لكون فقد الجوهر النائي عن ذلك يستعاض بمسوح خلوي جديد التكوين ينكمش فيما بعد

وتنشأ الاكتيما اغالباً عن تأثير مهيجات على الجلد ومن ذلك الطفح البثري للاكتيما النائي عن تأثير مرضهم الطرطير المقي (المعروف بالاكتيما الاتصونية) وكذا الذي يحصل في ايدى اذرع البنائين والحدادين وصناعي الاقفال تأثير الكلس او الجزيمات المتطايمة من الحسد بالماء بالشرر والتي تنشأ عن الهرش الشديد عند وجود حيوانات طفيلية في الجلد او طعم ذى كلان وفي أ- وال اخرى قد تظهر الاكتيما بدون تأثير مهيجات على الجلد كما يشاهد ذلك في سير بعض الامراض الجلدية الحادة فتشابه حيثئذ في حصولها الهرس وبالجملة فقد تشاهد الاكتيما عند بعض الاشخاص ذوات المعيشة الرديئة المنهكة او بعض الامراض الثقيلة المستطيلة وكما سكت في الصبغون والاماكن الرديئة الهواء كما انها تشاهد عند المدمنين على السكر والمصابين بالسكر بوط وهذا يسمى بالاكتيما التهرؤية واما الاكتيما الزهرية فسنذكرها في محلها

﴿الاهراض والسير﴾

كل من الالتهاب الجلدي وارتشاحه الذي يسبق تكون بثور الاكتيما ويصحبه يكون مصحوباً بالام ناخسة او محمي عند الاشخاص الكبارى التنبيه والبثور الاكتيماوية تسكاد لا تسكون عديدة مطلقاً وتكون منعزلة

ومحاطة بهالة عريضة جراء وجاسها في الغالب الاطراف والايتمان والمصدر
والعنق ويندر ظهورها في الوجه وعظم هذه البثور النصف كبرية
التي تكون مرتفعة عن الاجزاء الموازية لها يفوق احيانا حجم الحمصة
ومدة صلاحها يكون عبارة عن سائل مصفر قبيح او حمر بسبب احتسلاطه بالدم
وبعد بعض ايام يحرق مخصل البثرة فيتكون خشكر يشات مستديرة موهرة
تبقى سطحية وتسط بعد قليل من الزمن وربما مكثت زمنا طويلا ويزداد
لونها شيئا فشيئا حتى استمر التقيح السكاث امقلا وفي الحالة الاولى يختلف
سقوط الخشكرشة بقعة حمرة مغطاة بطبقة بشرية حديثة وفي الحالة الثانية
يخلفه تقرح سطحي او غائر في الادمة وسير الاكيميا يكون اما حادا او ضمنا
ففي السير الحاد الذي تسير به اشكال الاكيميا الناتجة عن مؤثرات ظاهرية
والتي تظهر في اثناء سير الامراض الحمية يبقى الحال اضر على طفرح واحد
من البثور الاكيمياوية والبثور نفسها لا تبقى الا زمنا قليلا والخشكر يشات
التي تسقط بسرعة لا يخلفها قروح بالسكية او بخلفها قروح سطحية
واما في السير المزمن الخاص بالاكيميا النوكية فان العظم يتكرر
في فترات كثيرة او قليلة واحرارها له الاثامية المحيطة بها يكون مزرقا
ومحصل البثور يكون مسعرا او وجعا ويظهور اسفل الخشكر يشات السكيفة
التي تكون شيئا فشيئا وتسقط بيطة تقرحات عميقة مستعصية عن الشفاء

المعالجة

الاكيميا النوكية ذات السير المزمن التي تؤدي لتقرحات في الجلد هي التي
تحتاج لوسائط علاجية قوية فينبغي اولا الاجتهاد في ازالة حالة النهوة
بتجديد الهواء واستعمال تدير غذائي مقو واعطاء الزبيذ والاستحضارات
الكيمائية والحديدية ومن الظاهر تستعمل الضمادات الفاترة مادامت
الظواهر الالتهابية ثم ان تكونت قروح ضعفية ينبغي استعمال معالجة
منبهة لا سيما من القروح بالجرجر الجهنمي

المبحث العاشر

(في الالتهاب الجلدي السطحي المحبوب بجملة حوصلات عظيمة) *

(او فقاعات منفردة المعروفة بالمفيجوس)

في كيفية الظهور والاسباب

في البهقيوس تشاهد حويصلات محتوية بسائل شفاف غير مرشح تشبه الحويصلات التي تشاهد استعمال الحراريق اوحرق الجلد وليس عندنا ادق توجية شاف لهذا التغير المرضي الغريب والبهقيوس الذي يحصل عند الاطفال المولودين جديدا يكون ينبووه في غالب الاحوال زهرا وصاب به الاطفال اكثر من البالغين وبعض المرضى يتضح عندهم قبل ظهوره علامة سوء التغذية العمومية النوهية والبهض الاخرى في حافظات الحية مصيبة عظيمة ولم ير الاطفال في اثناء ظهور هذا الطفح وقبله مالم تحصل النوبة عندهم بتردد الطفح والامتناع عن النوم وقد يشاهد حصول هذا المرض منتشر اكانه وبأى

في الاعراض والسير

التغيرات الابتدائية التي تشاهد احيانا في الجلد عبارة عن ظهور بقع حمرة مستديرة معصوبة باحساس بأكلان اوحرق وتكون شاغلة في الغالب للظهر والبطن والاطراف ومدة قليل من الساعات يظهر في مركز تلك البقع حويصلات صغيرة شفافة تعظم بسرعة بحيث تشغل جميع سطح البقعة او تتركها حالة حمرة ضيقة حولها والحويصلات اما ان تكون مستديرة او بيضوية من حجم العدسة او الكرة الى حجم الجوزة ومصلها يكون ابتداء شفافا ثم يصير متعكرا البنية وبعد ثلاثة ايام او اربعة تنفجر تلك الحويصلات وتخلو تسليخ ينقر زمنه مدة بعض ايام مادة مصلية ثم يتغلى فيها بعد بقشرة رقيقة يتكون اقل منها طبقة بشرية جديدة والمحل الذي كان محاسا للحويصلة يبقى فيه بقعة يجمتية لكن قبل شفاء الحويصلات الابتدائية تتكون حويصلات جديدة وهذه يعقبها اخرى وعلى هذا يتعاقب الطفح جملة مرات بحيث يمكن مشاهدة جميع ادواره على جلد المريض وجميع هذا قد يستمر في بعض الاحوال جملة ايام حتى ثم ينتهي المرض ومع ذلك في النادر ان يقتصر الحال على نوبة واحدة بل الغالب ان هذا التغير المرضي يتكرر بعد مضي ايام او اشهر والمرضى يأخذ في السير الذي كان قد أخذه في المرة الاولى ويكون في العادة ذامدة مثل السابقة بحيث

لا يندر مشاهدة النكسة ثلاث مرات أو أربعة
وفي أحوال أخرى لا ينطفي ظهور الطغيع الجديد بعد ثلاثة أسابيع أو أربعة
بل يستمر جملته أشهر فالحالة الصحية العامة للمرضى وإن كانت غير مرضية
في ابتداء هذا المرض إلا أنه ينتفع فيسابع ولا بد لهم باستمرار هذا المرض
ويصحون ويتعون في حالة ضعف سواء كان هذا ناتجا عن فقد الانسلاط
أو من كون سير البمفيجوس المجهول علينا له تأثيره ضرر على التغذية العامة
وكل من العناية والنموك وامتقاع اللون يتقدم بسرعة في كان نوم المريض
مضطربا بتكرار الطغيع الحويصلي المصوب باكلان شديد وعلى هذا جميع
المرضى المصابة بالبمفيجوس المزمن تلك ولا بد في حالة نهو كمة وتوقع
تجادل عظيم في كون هذا الداء من مناعى الدوام أو حادا والذي يظهر لنا أن
هذا التجادل خال عن المعنى وإنما هو اختلاف في اللفظ فقط فإنه من الجائز
تسمية البمفيجوس بالحاد متى كان الطغيع قاصرا على زمن من ثلاثة
أسابيع إلى أربعة كما أنه يجوز التعبير عن البمفيجوس المتعدد بظهوره
جملته مرات بالزمن متى اعتبرت التغيرات الخالية عن الطغيع المستطيلة جملته
أشهر والتي يكون فيها المرض متمعا بصفة جيدة عبارة عن ادوار كاملة
لهذا الداء وهناك شكل مخصوص خطر من البمفيجوس الذي شرجه كل
من المعلم كارلو وهبر أوسماه بالبمفيجوس العريض وفي هذا الشكل
لا تكون الا حويصلات قليلة أو حويصلة واحدة والحويصلات فيه
لا تكون مملئة كما في باقي أشكال البمفيجوس وإنما يكون لها ميل للسعة
والامتداد والسائل في هذا الشكل يسبح على الدوام أسفل البشرة إلى أن
تفصل عن الأدمة بالكلية أو تكون مغطاة بقشرة رقيقة مسمرة وهذا
الامتداد اكتسبه هذا التغير المرضى في مدة ستة غالبا وفي أثناء ذلك تبقى
بعض أجزاء من الجلد لكنها تهاب نانيا فيما بعد وهذا المرض ينتهي على
الدوام بالموت

معالجة

معالجة البمفيجوس لا تكون الاعرضية فان كلامنا أسباب هذا المرض
وطبيعة الكاشكسبيا أو الدسكرازيا الناتج عنها مجهول علينا ولوم

الابحاث المدونة للعلم بمهجر التي أثبتت وجود النواذر في البول
المستفرغ حديثا وفي الدم وفي مخرج الحويصلات عند المصابين بهذا المرض
ولذا تقتصر في المعالجة على حفظ قوى الريق الى ان ينطفئ المرض من
نفسه او ان يجهت في منع حصول التهوكة زمانا طويلا ولا حاجة لذكر الوسائط
الغذائية والدوائية التي تستعمل من هذه الحشية فانها معلومة وينبغي
كما هو الجارى في مثل هذه الاحوال تجنب جميع ما يحدث سرعة الفقد
العضوى واعطاء جميع ما يعوضه ويعوق تقدمه واما المعالجة الظاهرية فتعتمد
اوصى الملم هرا فيها بتجنب جميع الحماضات والمراهم وكذا الوسائط الباطنية
والنوعية واغايوصى بان يذرع على الاجزاء البارزة مدهوق السكر يت
النباتي والتشاه

﴿ البحث الحادى عشر ﴾

﴿ في التهاب الجلد المحسوب بقعاغات سطحية منفردة ﴾

(نشأ عنها قشور ذات شكل مخصوص ويصرف بالرويا)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

تكون حويصلات أو قعاغات منفردة يشترك فيه البمفيجوس مع الرويا
لكن عوضا عن انفجارها بسرعة في المرض الاول تمكث زمانا طويلا في
الثاني وقد يصلها بصير قبيح او غالبا مدما ثم يحرق فيستعمل الى خشك يشبه
ويتكون نضج جديد في باطن الجلد وتقرحه ويحرق فيستعمل الى خشك يشبه
الحشكر يشبه المتكونة سميكة وتغطى الحويصلة بحافة يحرق فيستعمل ايضا
لكن حيث كانت هذه الحشكر يشبه الدائرة أكثر تفرط طمعا عن المركز
تكون الحشكر يشبه في الرويا أكثر تفتنا في المركز ومفرطة في الدائرة فينثذ
تكون شبيهة بمحطة القوقع وتكون الرويا في الغالب عرضا من اعراض
الداء الزهرى البنى وأما اسباب الرويا غير الزهرية فتعير واضحة وهذا
الداء يشاهد كالا كتيما التوكية عند الانثى من الممويين غالبا

﴿ الاعراض والسير ﴾

يجلس الرويا الزهرية غالبا الاطراف والحويصلات المتكونة على
قاعدة مجرة تكون منفردة غير متوزرة وتصلها الذي يكون ابتدا صافيا
يصير مفرأ مضا أو مجرا كذلك والقشور الناتجة عنها تكون ذات لون

دا كن ثم تكسب الهيئة السابقة وعلى حسب اختلاف سمك القشور ثخنها
ورقة تميز الرويا الى بسيطة وبارزة وبعد سقوط هذه القشور تشهد تلافات
أو قروح غائرة تنعطف بسرعة بقشور جديدة وقد يحصل بدل التقرح تموت
غشوتى يعرف بالرويا الغنغر بنية والخشكر يشية ومحمول الفقاعات
فى هذه الحالة يكون وهذا أوسودا وتوجد الادمة أسفل الخشكر يشة
منتهكة ومستحيلة الى قروح عسرة الشفاء وكأن كلام الرويا البسيطة
والبارزة يمتنى بالشفاء ويخلفه نذب القمامية طرية بجمجمة تنتهى
الرويا الغنغر بنية عكس ذلك بالهلاك عقب تقدم التهوكة

﴿ المعالجة ﴾

معالجة الاضطراب البنى فى الرويا هي الرأس الوحيد فنى أمكن ازالته
تكون أسفل القشور طبقة بشرية والتحصن الاجرله المربضة فان لم يتيسر
ذلك كانت المعالجة الموضوعية ايضا مجردة عن الفائدة ولأجل المساعدة
على الشفاء ينبغى وضع الضمادات الفائرة لالانة القشور واما القروح التى
تكون أسفلها فتحتاج لمعالجة منبهة لاسمى اللس بالجراجهنمى او محلوله المكرر

﴿ البحث السامى عشر ﴾

*(فى البسور يازس أى الطفح الجلدى القشرى) *

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

يظهر فى البسور يازس على الجلد لطف صغيرة أو كبيرة مستديرة تكون
مجلسا لتكون بشرى عظيم على شكل قشور مبيضة وقد شاهد الطبيب
(ورتيم) فى أبحاثه التشريحية نمو فى الحلمات الجلدية وتعد ذاتى الاوعية
المارة فيها ووجد (فيمن) ان كلاما من الخلايا البثرية والتشبكة
المليحية فى حالة نمو عظيم والحلمات متزايدة فى الحجم لاسمى الكاشنة فى الطفح
القديم وكل من الادمة والجسم الحلقى ممتلى بخلايا عديدة على طول الاوعية
وحيثئذ بالبسور يازس يعتبر تغير امراضنا فى الطبقات السطحية من الجلد
والجسم الحلقى ومع ذلك فكل من نمو الاجسام الحلية وتراكم الخلايا بالدم
من الظواهر الواصفة للبسور يازس بل ان هذه التغيرات تبعا الراى (فيمن)
توجد فى غير هذا المرض من الامراض الجلدية المزمنة كالاجريما والبوريجو

ونحو ذلك وأسباب البثور يازس مجهولة فإن هذا المرض الذي يوجد في جميع طبقات العالم لا يمكن اعتباره ظاهرة مركزية فإنه يصيب أشخاصا سليمين ذوي صحة جيدة بل أصابته لهؤلاء أكثر من الأشخاص الضعفاء المنهكين والمؤثرات الظاهرة المهيبة لا تحدثه وقد يكون في بعض الأحوال وراثيا ولداء الزهري لا يكون مطلقا سببا في حصول البثور يازس الحقيقي وتصاب به الرجال والنساء على حد سواء وأما الاطفال والشيوخ فيندر إصابتها به وفي العصر المستجد قد ذهب بعضهم إلى أن البثور يازس متعلق أيضا بمرض عصبي

الاعراض والسير

الطفح الجلدي البسر يازس يظهر دائما على شكل نقط صغيرة حمراء وفي حجم رأس الدبوس مثبت عليها قشرة مبيضة (وهذا ما يسمى بالبثور يازس النقطي) ومن هذا الشكل تنشأ تبعالها الأشكال المختلفة من البثور يازس وذلك بامتداد التغير المرضي وانتشاره ثم تتهقره ثم لا ينشأ من البثور يازس النقطي بامتداد النقطة من دائرتها نوع حالة عدسية وهذه مالم تنفصل الطبقة البشرية المتراكمة عليها بموجزات ظاهرة تشابه النقطة السابقة ويسمى حينئذ بالبثور يازس النقطي واتساعها زيادة عن ذلك تكتسب شكلا شبيها بقطع المعاملة ومن هذا الشكل يشاهدة أشكال أخرى أيضا كالبثور يازس النجمي والحلقي الذي تتميز به العوام بالجذام الاعتمادي وبانضمام الحلقات لبعضها يحصل تقطع في بعض أصغار من دائرتها ومن ذلك ينشأ شكل البثور يازس القومسي وإن اختلطت البقع مع بعضها حال اتساعها تكون شكل البثور يازس المختلط ثم إن المجلس الاعتمادي للبثور يازس هي الأطراف لاسيما الركبتين والمرفقين وهناك أحوال عديدة يبق فيها المرض قاصرا على هذه المحال عدسة ين بدون أن يظهر منه أدنى أثر في الأجزاء الأخرى من الجسم ومع ذلك فقد يشاهد هذا المرض على فروة الرأس والفتا والاذنين والوجه وغيرهما من أجزاء الجسم وأما راحة اليدين وأخص القدمين فلا يشاهد فيها البثور يازس الحقيقي مطلقا بخلاف الطفح الزهري القشري فإنه يشاهد

فيما بكثرة بحيث ان وجود مثل هذا الطفح في هذه المحال يدل دائما على وجود
 الداء الزهري البني وعند ما يكون البثور يازس منتشر على جميع سطح
 الجسم تشاهد أغاب الاشكال السابق ذكرها على اختلاف تقديدها فبعض
 الطفح مثلا يكون أخذ في التفرغ والبهانة فتظهر نقط صغيرة ممتدة على
 حصول طفح جديد وهذا الميل للتردد هو السبب في ثقل انذاره فانه بعد زوال
 الطفح بالكلية لا يكون المريض آتيا من ترده بعد زمن طويل أو قصير وحيث
 ان هذا الطفح لا يحدث أكلانا فلا تتكدر منه المرضى الا قليلا ولذا أن
 أغلبهم لا يلجئ للعلاج ما لم يكن الطفح مغطيا لاجزاء عارضة من الجسم
 ومحدثا للتشوه ولا يكون لهذا الطفح ادنى تأثير في الصحة العامة وانه غير
 معد بالكلية والامر المساوم من ان التغير المرضي للبثور يازس لا يستمر
 زمنا طويلا في المحال المصيب لها بوجهه عدم تقصير الجلد تغيرا عميقا في هذا
 المرض والاحوال الاستثنائية التي فيها لا يزول التغير المرضي بسرعة
 ويعتري الجلد ثغس عظيم ويصير فعلا مشققاته ممي بالبثور يازس
 المستعصى

في المعالجة

شفا المرضى من البثور يازس شفاء تاما مستمر لا يتكرر الا نادرا ومع ذلك
 فمعالجة هذا الداء تعتبر من المعالجات المفيدة ولو كان زواله وقتيا وينضم
 لذلك ان المعالجة موضعية القوية يمكن تحملها في هذا الداء زيادة عن
 غيره من أمراض الجلد فينبغي معالجة كل طفح قشري بثور يازس بالوسائل
 الموضعية القوية فيبتدى أولا بالحمامات البخارية ثم بتنظيف الاجزاء من
 القشور بواسطة الصابون والفرشة الناعمة وان لم يتيسر استعمال الحمامات
 المذكورة تستعمل الحمامات الفازرة المستمرة وبعد نزاع القشور وازالتها
 يطلى المحل أو يدلك بالصابون الطبي الاخضر ويكرر ذلك مرتين كل يوم
 والاجود حفظ المريض في فراشه مغلقا بأحرمة من الصوف في أودة دائمة
 ثم يصير ابطال تجديد المعالجة الموضعية مدة ثلاثة أيام مع استمرار تغليف
 الجسم بالأحرمة المتشعبة من الصابون الطبي وبعد مضي هذه المدة تستعمل
 الحمامات الفازرة وهذا العلاج الدوري ينبغي تجديد مده مرة أخرى أو جملة

مرار على حسب النتيجة المتحصل عليها وقد نبه هير على انه من الضروري
 ذلك البورات الموجود فيها الطفح البسور يازى بالصابون الطبي بواسطة
 قطعة من الصوف او فرشاة دل كاقو يا حتى يحصل الادماء وحيث ان هذه
 الطريقة مولى جدا فلا ينبغي قطعها الا مرة واحدة في كل دور من ادوار
 المعالجة وان كان الطفح منتشر افلا يجوز فعلها الا في محل بعد الآخر وان كان
 الطفح قاصرا على بعض أجزاء الجسم فلا حاجة لاستعمال ذلك العمومى
 وتغليف الجسم باحدة الصوف بل يكفي هذا ذلك الموضع وتغطية الجزء
 المريض بقطعة من الصوف متشعبة بالصابون الطبي وحيث ان هذا الجوهر
 الدوائى ذورائحه غير جيدة فيمكن استيعاضه فيما اذا كان الطفح في
 الوجه أو الرأس بالروح الصابونى القلوى تبعاهلبرا (وهو ان يؤخذ من
 الصابون الطبي ٣٠ جرام ومن الكؤل ١٥ جرام يذوب ويصفى
 ثم يضاف اليه من روح الخزاما ١٠ جرام) وان كان البسور يازم
 محدودا فمن الجائز استعمال مرهم الراسب الايض على التعاقب مع
 المعالجة السابق ذكرها وبدلا عن الصابون الطبي أو عقب استعماله
 كثيرا ما تستعمل الاستحضارات القطرانىة فانها من الوسائط القوية
 والمستعمل اما القطران النقى بان يدلك به مرة أو مرتين كل يوم بواسطة
 فرشاة دل كاقو يا على الأجزاء التى ازيلت منها القشورا وانه يستعمل بدلا
 عن القطران البسيط صبغة القطران المأخوذة من زيت القطران ومن
 روح النبيذ من كل ٥٠ جراما أو يستعمل مرهم القطران المذاب المأخوذ
 من زيت القطران ومن الصابون الأخضر من كل ٢٥ جراما ومن الكؤل
 ٥٠ جراما) وذلك لمهولة جفافها وينبغي استعمال القطران مع
 الاحتراس فانه في اثناء استعماله قد يحصل انتفاخ شديد أو التهاب في
 الجلد وحيث ينبغي ايقاف المعالجة وزيادة عن ذلك ان كان الطفح عمدا
 ومصيبا لنحو ثلث الجسم فيمكن حصول عوارض خطيرة عقب امتصاص
 القطران كاللون الماكن أو المسود للبول مع الرائحة القطرانىة والتبرز
 المسود والغثيان والقئ من مادة مسودة وألم الرأس بل والجي لكن هذه
 الظواهر تزول بسرعة عند تعرض افرز البول وايضا استعمال هذا

الجوهر الدوائى

ومن المستعمل بكثرة حمض الكرونيك أى الفينيك ٣ جرام منه على
 ٣٠ جرام من المرهم البسيط وذلك به الاجزاء المصوبة بعد نزاع القشور
 بدلا عن القطران وكذا ذلك بمحض الخليك مخففا بقدره من الماء بل
 وان كانت الاجزاء قليلة الحساسية بذلك به صرفا وهذا يستعمل فيما اذا
 كان الطغم محددا وادوا قليل الامتداد جسدا وفى الاحوال المستعصية أو
 الاحوال التى يراد سرعة المعالجة لها يمكن استعمال محلول كبريتور
 السكس الذى أوصى به ابتداء فليتمكس فى الجرب واستعمله أخيرا هبى
 امراض جلدية اخرى بان يؤخذ من الكبريت العامودى زطلان ومن الجبر
 غير المطفى رطل واحد ويغلى ذلك فى عشر برزطال من الماء الى ان يبقى منه
 اثنا عشر رطلا وبعد البرودة يصفى وهذا السائل السكاوى الخفيف يدلك به
 فى الحال المريضة بقطعة من الصوف اما ذلك كاشد يدلى ان يحصل الادماء
 وحينئذ يكون ذلك فى محل قليل الاتساع لشدة الالم وفى ازمته بعسدة من
 بعضها وبعد جفاف ذلك يستعمل حمام فاتر موصى أو عوى ثم يطلى
 المحل بالمرهم البسيط أو الزيت وان يدلك به ذلك العليق فمع التكرار
 والنجاح الغير التام للمعالجة الموضعية فى البثور يازس لا يكون فى الغالب
 ناقجا عن استعمال أحد الجواهر الدوائية دون الآخر بل عن استعماله
 السطحي الغير الجيد ثم انه وان جاز شفاء البثور يازس بواسطة المعالجة
 الموضعية مع السرعة والتاكيد لا ينكر انه يمكن الحصول على هذه الغاية
 باستعمال الزرنج من الباطس وحيث ان هذا امر ثابت والتجارب المعروفة
 ايضا من ان المعالجة الموضعية لا تنفع من السمكات وكذا عدم حصول ادنى
 ضرر من المعالجة الزرنجية نوصى ولا بد بضم المعالجين الى بعضهما والزرنج
 يستعمل عادة على صفة محلول فليبر بان يتدأ يستقط كل يوم منه ويراد
 نقطة واحدة كل ثلاثة ايام أو أربعة الى ان يوصل الى عدد ١٢ نقطة
 أو يزيد والمعلم وابل يستعمل المبوب الزرنجية فانه بهذه الطريقة يمكن ضبط
 مقدار الزرنج زيادة عن استعمال المحلول وهو يصنع جبو بامكوتة من
 الزرنج الابيض محلولاً فى الماء المغلى مع الحبر الاسمر والغفل وكل ٣٠ حبة

من هذا المخلوط تحتوي على ستة سنقرام ويعطى من هذا المخلوط في
الابتداء ثلاثة في اليوم ويزاد العدد شيئا فشيئا وعند الاحساس بضغطة في
المعدة وتدمع في العين ينبغي ايقاف المعالجة وأما غير ذلك من الجواهر
الدوائية فقد ترك الان

المبحث الثالث عشر

في الخزاز أى الطفح الجلدى الحلقى

قد نبه المعلم هرا على عدم فائدة تقسيم هذا النوع من الطفح الجلدى الى
عدة أنواع كما كان جاريا الى وقتنا هذا واطهر هذا الشبه ان تقسيم الخزاز
الى خمسة أنواع كما جرى عليه والين غير ضرورى وان تلك الانواع تدخل
تحت أنواع أخرى من الامراض الجلدية فان تكون الحلمات بانفراده
ليس واصفا للخزاز بل ان الواصف له هو اثبات ان نوع هذا الطفح الحلقى
ناشئ عن تغير مرضى مخصوص قائم بنفسه وعلى هذا يميز المعلم هرا الخزاز
سكان

الاول الخزاز الخناز يرى وهو يتصف بوجود حلمات حمراء هتمة مجمعة مع
بعضها على هيئة أقراص مستديرة كثيرة أو قليلا ذات اتساع مختلف وجوهر
هذه الحلمات يتكون من اخلية فضية في الاجربة الشعرية والدهنية وحولها
وهذه التكوينات الخلائية تحدث فيما بعد تعدد فى الاجربة الشعرية وفوقها
مع تكون قشرة صغيرة عليها من مواد بشرية متجمعة وهذا الطفح الذى
يصيب الجذع بكثرة ويندر اصابته الاطراف يشاهد بالاكثر عند الاطفال
زيادة عن البالغين مع غيره من ظواهر داء الخناز يركب تفاخ العقد الليفية
والقشور والتسكرو والقروح الخناز يربى للجلد ودرن المسار بقا والسل
الرتوى والحلمات فى هذا الشكل تكون غير محدثة لا كلان وذات سير بطى
وتشفى فيما بعد فتخلفها أثر تيجيم تيمم غطاء بقشور ومع تجدده هذا الطفح
الحلقى يمكن ان يستمر عدة سنين بدون ان ينتج عنه اذى ضرر
الشانى الخزاز الاحمر وهو شكل مزمن نادر جدا وله فى انتها سيره مشابهة
عظيمة بالسور يازس ويتكون فى ابتداءه تغذات اى حلمات منه زلعة عن
بعضها ذات لون حممر مغطاة بقشور رقيقة غير محدثة لا كلان ولا تمسك من

دائرتها وبسكرار ظهور تلك الحلمات تتقارب من بعضها فتقل المسافات
الحالية السكائنة بينها الى ان تتلاصق من دائرتها بحيث تكون لطح عظيمة
محمرة من تشعة مظنة بقشور ومع طول الزمن وامتداده قد يتغلى جميع
سطح الجلد بتلك الحلمات المحمرة والطح الناتجة عنها وهذه الحالة تحدث
ألا ما شديدة ولها كغيرها من العفيمات الجلدية العمومية تأثير مضر على
تغذية الجسم بحيث ان المرضى تمهلك من النوبة

﴿المعالجة﴾

قد استعمل المعلم هيرا في الشكل المتنازري من هذا الداء زيت كبد
السمك من الباطن والظاهر مع النجاح العظيم في الباطن يعطيه من نصف
أو قبسة الى أوقية ستين خصوصا الزيت النقي النورويجي فيعطى نصف
هذا المقدار صباحا والنصف الآخر مساء وأما ان زاد المقدار عما ذكر فان
الزيت يخرج بدون تغيير مع المواد الهرازية وأما استعماله من الظاهر فلا يكتفى
فيه بذلك الجلد بل ينبغي حفظ ملاسته للجلد دائما وأما الخزاز الجاف فلا
ينفع فيه جميع الطرق العلاجية وانما باستعمال الزنجار المستمر من الباطن
يظهر ان له تأثيرا جيدا في بعض الاحوال ولكنه وقتي

﴿المبحث الرابع عشر﴾

(في البربرجو المعروف بالحكة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الحلمات المنعزلة الواصفة للبربرجو تكون ذات لون كلون الجلد المحيط
بها وانما قد تكون قليلة الاحرار وجمها من حبة الشداج الى رأس
الدبوس وتكون ذات اكلا شديدة وتكون من حلمات متزايدة في الجسم
منعزلة من تشعة بمادة صلبة قليلة صافية أو مصفرة متجمعة تحت الطبقة
البشرية المتكاثفة الكثيرة المادة الملونة وفي الاحوال المتقدمة يحصل
تشنج وانتفاخ في الجلد نفسه والمجموع القوي والسبب الاصل في ظهور
الاكلا الشديدي في تلك الحلمات غير معروف بالكلية فان كانا زعم ان
منشأ الاصل في الاعصاب الجلدية ويعتبر هذا الداء مرضا عصبيا بخلاف
هيرا فانه يعتبر ان التغيير المرضي الاصل عبارة عن ازدياد في افراز المادة
العضوية المتكونة منها البشرة وهذا يحدث ترجحا في الجسم الجامع الكائن

اسفل منه بكم غريب والبروري يمشي يشاهد عند الاصحاب كما يشاهد أيضا
 عند المرضى والمثووكين ويحصل هذا المرض في السنين الابدائية من
 الحياة بدون ان يكون وراثيا والغالب انضاحه من السنة الخامسة الى
 السابعة ويوجد هذا المرض عند الفقراء الرديء التغذية والنظافة في
 طفوليتهم زيادة عن الاغنيا ويصيب الذكور أكثر من الاناث
 في الاهرار والسير

العلامات المدركة الواضحة من هذا الداء ليست هي الحلمات الصغيرة
 المنتشرة التي لا تكاد تعرف أحيانا الا باللمس بل التغيرات التي تعترى الجلد
 من الاحمك المستمر فانه بالهرش بالانظار تنفصل الطبقة البشرية بكثرة
 من تلك الحلمات ومن ذلك تنشأ تسليخات صغيرة وأنزفة والدم المنسكب يحف
 على هيئة قشور وهذه القشور الدموية الصغيرة العديدة التي تبقى بمنتهنك
 الحلمات هي التي تتفحج بالاكثر على جلد المصابين بالبروري ويكثر اما يوجد
 على ساعم الجلد أيضا بعض ارتفاعات أو بثرات حديثة أو جافة قد توقع
 الطبيب في الخطاء عند البحث فيظن بوجود طفح أجري عاوي أو أكتيمياري
 بل وقد تختلط التفسيرات الجلدية الناشئة عن الجرب أو القمل وقد تنتج
 ايضا عن الهرش بالمرض الجلدي الذي نحن بصدده ومن الامور المهمة
 التي يرتكز اليها في التشخيص الجلدي اعتبار الحمل الموجود فيه الطفح
 والتسلخات فاذا كانت هذه التغيرات ناشئة عن القمل وجدت في المحال التي
 تكون فيها الامة ثنيات أغني في الاجزاء العليا من الصدر والظهر ولذا أن
 وجود تلك التسليخات حول الجزء السفلي من العنق على هيئة سحج يوفق
 الطبيب المتمرن للبحث عن وجود هذا الحيوان الطفيلي وبتميز كذلك
 البروري يجمع عن الجرب يكون الطفح ليس ناشيا عن عدوى ولا عن نوم الشخص
 مع اثناس أو آخر وبكون المعالجة الجربية لم تعد بفايدة ويكون ابتداء
 الطفح حاصلا من مس الطفولية ومع هذا ينبغي الملاحظة في امكان وجود
 تضاعف بينهما ولا سيما ان الاثناس الذين تكثر اصابتهم بالبروري يجمع
 كثيرا ما يوجد عندهم حيوان الجرب والقمل
 ثم ان البروري ولا يصيب جميع الجسم على حدسوا فان الحلمات لا تظهر

في الوجه مطلقا او تظهر فيه بعد ذلك قليل جدا وكذا فروة الرأس تبقى مصانة عنه ومع ذلك فالشعر يكون فاقد الامان ترابي وشاهد في الجذع عدة حلقات غالبا بسكن التغيرات المهمة توجد في الاطراف لاسيما في جهات الانسلاط وتكثر هنا اصابة الساعدين دون المصدين والساقين دون الفخذين وعند استمرار هذا الداء من اطوار لا يظهر الجلد ثخينا في الجهة الباسطة وذالون داسكن يجمعت في سبب تكرار تسليخه بالهرش وتكون البشرة باقية هشة مفلسة تفلسا دقيقا ولذا يظهر كأنها عليها رشا شديقي وخشنة عند لمسها وأما في جهة الانقباض فان جلد الاطراف فيها يكون قليل التغير وفي محل اثناء المفاضل وراحة اليدين وانحس القدمين والاعضاء التناسلية فان الجلد يكون خاليا عن الحلقات وعن التغيرات التي تنفج عن الهرش والعقد الليفية المتصلة بها الاوعية الليفية الليفية الليفية من المحمل المتحج من الجلد تكون كثيرة الانتفاخ ولا سيما العقد الليفية (وتعرف بخير جلان الحسكة) ويمر البروريجوش كالان على حسب درجته وموها الشكل البسيط أو الخفيف الشدة والشكل الثقيل أو النحلي المتصف بظهور حلقات عظيمة مضمومة بالان غير مطلق وتسلخات عديدة وتاتون مسمر دا كرى يجمعت في الجلد وتكون قشور بشر يغزرة عليه

ثم ان البروريجوم من الامراض السكيرة الاستعصاجدا وهو وان حصل فيه انعطاط عظيم في اثناء الصيف عند ازدياد افراز العرق بحيث يظن حصول الشفاء الا انه يحصل فيه ثوران تابعي وعلى ذلك يمتد هذا المرض طول الحياة بل ذكر هبرا انه لم يشاهد حالة واحدة حصل فيها شفاء تام ولذا يزعم ان الشفاء المقول به من بعض الاطباء ناشئ عن اختلاط هذا المرض بغيره من الاحوال المرضية المشابهة كالانجريدية المزمنة والاجزما والجرب ونحو ذلك واما فيمن فانه يخالف هبرا من هذه الحيشية ويقول بقابلية شفاء هذا المرض عند الاطفال الذين لم يستمر هذا المرض عندهم الا زمانا قليلا

(والعالج)

شفاء البروريجوم الحقيقي شفاء تاما لو ان كان عمرا جادا الا انه يكاد يديم على

الدوام احداث لطيف وقتى او انقطاع تام وقتى وذلك باحداث تليين وانفضال في الطبقات السطحية من البشرة باستعمال الوسائط المرغوبة بالمفسدة لها واجود طريقة للعلاجية هو ان يعمل ابتداء كما في البثور يازس والجرب ذلك بالصابون الطبي من ثمانية ايام الى اربعة عشر ثم يستعمل مرهم ولسكنون وعند الانقباض القليل الى الحامضية ذلك بمجسول كبير بتور السكس كما في الطريقة العلاجية السريعة في الجرب ثم يجتهد في حفظ النتيجة المقصود عليها بواسطة استعمال الحمامات الفائزة الطويلة المتكررة او الحمامات البخارية او التغليف بالملات المبثلة على حسب طريقة (بريزتس) او ذلك المتكرر بالجواهر الشحمية او من الجلد بالقطران ثم استعمال الحمامات الفائزة المستظيلة حالا

﴿المبحث الخامس عشر﴾

(في الاكثة الاعتيادية او المتفرقة وتعرف بحب الشباب)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الطفحات الجلدية المختلفة المعبر عنها بالا كثة تماثل بعضها من حيثية كونها تنشأ عن التهاب الغدد الدهنية والاجرية الشعرية وتظهر اما على شكل تعقدات او عقد او شوش فاما الا كثة المتفرقة التي نحن بصدد هافانها شاهد عند اغلب الاشخاص لاسيما عند الشبان قبل البلوغ او بعده وهذا الامر هو الذي اوقع في الخطاء والظن بان هذا الموضع له ارتباط بالوظائف التناسلية اى بالاقرام من الشهوات والامتناع عنها (ومن ذلك سمي هذا المرض بحب الشباب) ووجد بجوار الا كثة الاعتيادية نقط مسودة عديدة تعرف (بالكوميديون) تنشأ عن اضطراب في افراز المادة الدهنية الجلدية وتتركها في فوهة الفتوات المقرزة للغدد والاجرية الجلدية ويظهر ان هذا الشكل من الا كثة ينشأ عن تراكم الافراز الغددى واحداث تهيج في جدرها واثباتها وهناك شكل اخر من الا كثة غير متعلق باحتباس الافراز الغددى الجلدى ويظهر ان له ارتباطا ببعض الامراض المنسكة كداء الخنازير والتسوس والاسكربوط ويسمى هذا الشكل المسمى هيرا

بالاكثة التهوكية وهناك شكل من الاكثة يعرف بالاكثة المسنحية
ينشأ عند بعض الأشخاص عقب المس بالطمران وعقب تأثير الاجرة
القطرانية على الجلد ويظهر ان كلا من يودور وبرومور البوتاسيوم
يحدث تأثيرا مماثلا لذلك عند استعماله من الباطن ناتج من ظهور الاكثة
الاعتيادية والذكورا كثيرا استعدادا للاصابة بالاكثة من الاناث ومع ذلك
فقد يظهر عند الشابات بقرب سن البلوغ او بعده حالا لون غير نقي في
وجوههن فيقرع منه الامهات المهجيات بيناتهن

في الاعراض والسير

المجلس الاعتيادي للاكثة الاعتيادية هو الوجه ثم الظهر ثم الصدر ثم
العضدان والتغير المرضي يتبدى باحمرار وانتفاخ في جزء محدود من الجلد
توجد في وسطه النقطة السوداء الكميديو (وهذا ما يعرف بالاكثة
النقطية) ثم يزداد كل من الانتفاخ والاحمرار ابصرة او يبطء وكثيرا
ما تظهر قشرة على قمة العقدة الاكثنية تخف عما قبل من الزمن فيحذفها
قشرة مسمرة ثانية والحلمات الاتية ان كان تقعيها شديدا ممتدا الى جواهر
الجلد نفسه اخلفها ندب التهامية شبيهة بالاثرة الجدرية (وهذا ما يعرف
بالاكثة الجدرية) وبعض النقعدان الاكثنية يسير سيرا بطيئا جدا
بحيث لا تتغير حالته مدة قبلة اسابيع لكنها تكتسب مع التدريج بامتداد
الالتهاب من الغدة الجلدية الى جواهر الجلد المحيط بها حجم الجمرة او القولة
وتتلون بلون احمر داكن ثم تتلاشى شيئا فشيئا مع تقلس البشرة (وهذا
ما يسمى بالاكثة المتبسة) والطفحات الاكثنية الجلدية المنتشرة لا تظهر
دفعات واحدة بل واحدة بعد الاخرى بحيث يرى العاطف في جميع درجات
تكونه واما التشخيص فينبغي التنبيه فيه على ان الاكثة المتفرقة يمكن
اختلاطها بالطفح الجلدي الزهري الحلي او البثرى ولا سيما ان كان الطفح
الزهري من نوع الاكثة حقيقة بمعنى ان مجله جسد الاجرة الجلدية
(وهو المعروف بالاكثة الزهري) وهذا يعرف بوجود النقط السوداء في
مراكز الطفح النافذ منه الشعر وتمييز الطفح الزهري حيث لا يستنتج
من وجود علامان اخرى دالة على اداء الزهري وقنديل المجلس التبر

الاختيادي الاكثة الاعتيادية كغرفة الرأس والثلون الاحز النخامي في
هذا الطاهر على ان يقبوه زهرى

المعالجة

الاكثة لا تكون متعلقة بفساد في الدم ولذا ان الوسائط المسماة بالمنقية لادم كغلي
بعض الاحشاش والمسهلات لا تستعمل في معالجة هذا الداء وكذا ينبغي تجنب
غيرها من الوسائط العلاجية الباطنة فانها قليلة الجدوى ولذا ان الوسائط
الموضعية الظاهرة اقوى منفعة منها فان ذلك التعقدات الاكثية كل
يوم بالصابون الاعتيادي فيه فائدة وبذلك يسهل طرد السدد الموجودة في
فوهات الاجربة الجلدية واقوى من ذلك الدلك كل مساء برغادة من الصوف
مع الصابون البوتاسي او روح الصابون البوتاسي (المسد كورتر كيبه في
معالجة البثور يازس) مع طلي الاجزاء مدة الليل بالجلسرين او المرهم البسيط
بغضد الاتة السدد وزيادة عن ذلك ينبغي الالتفات الى عصر العقد الاكثية
الغير الملتببة كما سيأتي ذكره او شرب العقد الاكثية البشرية المتفحصة
بس الرشوة وفي الاحوال التي فيها لا تكفي الغسلات الصابونية المسد كورة
يستعمل المعلم هرا ذلك بالعجينة السكر بنية الاتية بواسطة فرشاة تترك
على هذه التعقدات مدة الليل وهي من كبة من زهر الكبريت ومن
كربونات اليوتاسا ومن الجلسرين ومن ماء الفار المكروزي ومن روح الزبيذ
اجزاء متساوية اعني من كل سبعة جزا ما يمزج ويعمل عجينة وتستعمل
كما سبق وكذا من المستعمل بكثرة غسلات كلفد فائما كثيرة الصباح في معظم
الاحوال (وهو ان يؤخذ من زهر الكبريت ٨ جرام ومن الكافور نصف جرام
ومن الصمغ العربي جرام واحد ومن ماء الجير ومن ماء الورد من كل ٦٠
جراما) ثم يمزج مزجا جيدا وبعد رجحه رجبا عظيما تمس به التعقدات
الاكثية ويترك للجفاف طويلا الليل وينظف في الصباح بالمصباح بالخرق بدون
الغسل بالماء وعند الاشخاص الذين يمكنهم الإقامة في منازلهم يستعمل هذا
التواء لهم صباحا ومساء والعادة انه بعد ازالة هذا الدواء بغسل الوجه
بالماء البارد المضاف اليه قليل من صبغة الجاوي ومع جودته تأثير هذه المعالجة
في الاكثة متفرقة هي وغيرها من الوسائط العلاجية الموضعية الاخرى

لا يتكرر ان الهجاء كثير اما يكون وقتيا فقط وان الطفح يتكرر جملة من اشد عند
التيبان الى ان ينطفئ عندهم الاستعداد لتكوينه والاكنة الصناهية تزول
ببطء او بسرعة متى صار اجال استعمال الجوهر الدوائي من الباطن او الظاهر

المبحث السادس عشر

(في السبكوز من المعروف بالاكنة الذقنية)*

(وتسميه العوام يعوضة الذقن)

لا شك الآن في أن هذا الداء يميزه شكلان مختلفان هن بعضهما بالنسبة
لنشئه الاول الشكل الاعتيادي أي الغير الطفيلي والثاني الشكل الطفيلي
فأما الشكل الاعتيادي فأساببه غير معروفة حق المعرفة بحيث ان القول
بمحمول هذا الشكل من الحلاقة بأمواس غير حادة أو من الجرح وقت الحلاقة
أو من استعمال صابون مهيج أو من قلة النظافة أو من تهيج الشفة العليا
بواسطة التدشوق أو فحسه لا يعول عليه وغير ذلك يقال بالنسبة
لله ظريات القائلة بمحمول هذا المرض من غوشعر جديدة لسقوط الشعر
القديم ووجود شعرتين حينئذ في جراب واحد وتأثيرهما تأثيرا مهيما أو
من غلظ حجم الشعر بالنسبة لاتساع فوهة الجراب الشعري ونحو ذلك وأما
أسباب الاكنة الذقنية الطفيلية فقد انضمت لنا بواسطة العلم جروبي
وبازان وكوبدينير وتوجد أمثلة عديدة تؤيد إنشاء هذا الشكل باستقال
نبات طفيلي من بعض الحيوانات المصابة بأمر مرض جاذية (كالتيول والبقار
والكلاب والماعز) وأما طبيعة هذا النبات الطفيلي فلا شك أنها
مماثلة لطبيعة النبات الطفيلي المحذث بالهرس الطفيلي المعدي وقد
شاهدت امرأة في اكلينك جيس مصابة بالهرس الطفيلي في صاعدها
وكانت خادما لرجل مصاب بالاكنة الذقنية الطفيلية وتمهد فراسه
كل يوم وزيادة عن ذلك فان الحيوانات التي تحصل منها العدوى تكون
مصابة في المادة بالهرس الطفيلي والنبات الطفيلي يوجد في قاعدة
الشعر المتزوع بالتفويش لهدد بل المكروم كوكب ثم ان الطفح الواصف
للسبكوز من عبارة عن تعدادات صغيرة في حجم حب الشهد الفخ او الحوصلة
او شورت تظهر اما هلى قمة التعدادات أو بانفرادها وكل من تلك

التعلقات أو البثور يتكون منقوبا في مركزه بشرة فان نزعت هذه
 الشعرة بالجفت ظهرت ثغارة صغيرة من القبح أو الدم في الفوهة
 وذلك لان كل عقدة سيكوزية تشتتل على جراب شعري ملتصق ومتقيد
 وهذا الطفح يشغل أجزاء الوجه والعنق المغطاة بالشعر اما بعضها
 اوجيها ولا يشاهد مطلقا عند الذكور غير الملتحيين ولا عند الاناث
 مصيها هذه الاجزاء ويندر أن يشاهد في غير هذه الاجزاء من الجسم
 الموشحة بشعر غزير كفوهة الانف وجزء الشفة العليا القريب منها وحفرة
 الابط والاجزاء الاستحيائية المغطاة بالشعر والحاجبين ويندر مشاهدته
 جدا في فروة الرأس وهنا يكون تابعا لظهور الاجزاء وعند تقدم سير هذا
 المرض يكثر تولد تلك التعلقات فتتقارب من بعضها بحيث يظهر الجلد انه
 مرتشح وثخين باستواء وكثيرا ما تكون فيه خراجات صغيرة مستديرة بسبب
 انقسام البورات القيحية الصغيرة من بعضها وتولد البثور على سطح الجلد
 ينتج عنه نتج مسمر يحفاه تسكون طبقة قشرية على السطح المرضي بل
 قد تظهر أحيانا على سطح الجلد تولدات تشبه الدرن العريض ومدة الشكل
 الالتهابي الاعتيادي من السيكوزس طويلة غير محدودة متى ترك هو
 ونفسه فقد يستمر جلة سنين وان حصل الشفاء بعد مكث هذا المرض زمنا
 طويلا خلفه ندب التحامية خفيفة لا يظهر عليها الشعر الا قليلا أو يفقد
 بالكلية بسبب الاجرية الشعرية وأما الشكل الطفيلي من السيكوزس
 فينبغي الالتفات فيه الى أن ظهور السيكوزس الاعتيادي يسبقه في معظم
 الاحوال الهرس الطفيلي بحيث لا توجد من الابتداء التعلقات والبثور
 السابق ذكرها بل توجد قشور سنجابية حول شعر الذن أو توجد في محال
 آخر كثيرة الشعر خلاف الذن كالعنق مثل الطفح الهرسي
 الطفيلي الاعتيادي ولذا انه في هذا الدور يسهل تمييز شكل السيكوزس
 الالتهابي عن الطفيلي وأما عقب غواظ في الاجرية الشعرية فكل هذين
 الشكائين يكون واحد او بالنسبة للسير يظهر ان الشكل الطفيلي من السيكوزس
 قليل الاستعصاء في الشفاء من الشكل الاعتيادي منه
 وتخصيص السيكوزس يثنى اولا على مجلس الطفح ووجوده في الاجزاء

كثيرة الشعر من الوجه أو في محل آخر من المحال السابق ذكرها وعلى وجود
التعقدات والبثور الموجود في مركزها شعر والاجزى مما التي تظهر أحيانا في
الاجزاء الكثيرة الشعر من الجلد لا يظهر فيها الا تنفخ العقدي القاصر على
الاجزى الشعرية وكثيرا ما تمتد الى اجزاء أخرى غير كثيرة الشعر من الجلد
ومع ذلك تنبه على ان الاجزى مما المستمرة زمن اطول ولا المصابة لاجزاء كثيرة
الشعر يمتد الالتهاب فيها من السطح الظاهر من الجلد الى الاجزاء العميقة
منه والى الاجزى الشعرية فينشأ عنها مرض جلدي يقرب جدا من
السيكوزس (سيهاها هيرابا الاجزى مما السيكوزية)

(المعالجة)

السيكوزس الذي كان يعتبر سابقا من الامراض الاكثر استعصاء عن
الشفاء يمكن الآن شفاؤه مع التاكيد بمعالجة موضعية لا تنقطع مستمرة فيبتدأ
أولا بالاناء القشور اما بالاعتمادات أو بالوضعيات من الزيت ثم يقصر شعر
الذقن بحيث يسهل تنفخ بالمقاط وتنفج جميع الشعر المار من التعقدات
أو البثور أمر ضروري للحصول على شفاء سريع وهذا العمل وان كان
يحتاج لزمان طويل ينبغي اجرائه على جلسة مرارا لانه غير عسر ولا مؤلم
مادام قاصرا على الشعر النابت في تلك التعقدات والبثور ومقتضيا خلايا تنفج
حتى ان بعض المرضى يتعلم اجراء ذلك بنفسه وتنف الشعر بنفج عنه انفتاح
الاكياس القيحية واستفراغها وهبوط الطفح ومع ذلك ينبغي تكراره كلما
تجدد نمو الشعر اريض حتى يمكن تجنب النكسات والخراجات الصغيرة
في الجلد التي لا يمكن استفراغها بتنف الشعر ينبغي فقدها بالوضع وبعد
تنف الشعر يلزم تقاية الجلد ليلا بالصابون الاخضر أو بشريط من
القماش مدهون بالمرهم المشمع أو بطبقة من العجينة الكبريتية
المركبة (من جزئين من زهر الكبريتون كل من الكول وغروي الصمغ جزء
واحد) وذلك بقصد سرعة الاناء التعقدات اليابسة ونفجها وفي الاحوال
الاستعصية قد يجوز استعمال السكاويات فيكوى المحل المنتوف شعره مع
الاحتراز من محض الخثلك او محلول الجحر الجهنمي المركز أو قمس
التعقدات الزمنة أو التولدات الدرية بمحلول قوي من السليمان بواسطة

تضيق من الزجاج بل يؤخذ (جزء من السالماني على جزئين من الماء المقطر)
وأما الشكل الفعاري من السيكون من مادام الطفرم على شكل الازريس
الطافلي فتستعمل فيه المعالجة المذكورة في هذا المرض وأما عند إصابة
الاجربة الشعر فتستعمل المعالجة المذكورة هنا في السيكون من الالتهاب

(المبحث السابع عشر)

(في الاكثة الوردية وتسمى بالنقط الوردية)

(وبالانف الخامس)

في هذا الشكل من الاكثة الذي يكون مجلسه الوجه خاصة يخفى التهاب
الجلد الجلدية فلا تتكون التقرحات ولا البثور الا كنية وتظهر ظاهرة
مرضية أخرى وهي كثرة الاوعية الجلدية وازديادها بل ويتضح ذلك
في الاحوال المتقدمة فحين في الجلد عيب ازدياد غوا المنسوج الحسنى فيه
ومن المعلوم ان الاقرام من المشروبات الروحية لا سيما النبيذ والعرق
(والجوز في النادر) يحدث هذا الطغى لكنه كثيرا ما يظهر بدون تناول
المشروبات الكمية فقد دأب التجارب بالمطابقة لقول هير ان الاكثة
الوردية تشاهد عند النساء أكثر من الذكور والاقول اشكالها الخفيفة
وقد ذهب هذا المؤلف الشهير الى ان الاكثة الوردية عند النساء تتعلق
باضطراب في الحيفر وتغيرات مرضية في الاعضاء التناسلية وقد شاهدت
بقر ب جين من عائلات نيرازت البنات يقر ب البلوغ من أمهاتهن هذا
للداء وهذا الطغى يتبدى باجرام في بعض أجزاء الوجه لا سيما الانف وجزء
الوجهين بالقرب من الانف والذق والعنق أحيانا والجبهة أو جميع
الوجه عند المدمنين على السكر وهونادر وهذا اللون المحمر يتعلق
باحتمال في الاوعية الجلدية وتمدها ومن النادر ان يحصل بعد استمرار هذا
الداء زمنا طويلا فحين عظيم في الجلد المحمر فتتكون فيه بقوات عظيمة
مستديرة لا سيما في الانف وتكون املع بضة القاسدة أو ذات عنق
وتحدث تشوها في الوجه والانف ثم ان الاكثة الوردية ولو غير الناقصة
من الامان على السكر تعتبر من الطففات الجلدية المستعصية جدا فانه
وان حصل بها عظمية في الاجزاء المحمرة من الجلد أو زال الاجرام أو زال

ذا تبا أو عقب معالجة لائقة الا ان ذلك يعقب بنكسات متوالية بحيث ان
كثيرا من المصابين بهذا الداء من يابى المراجعة بالسكية ولولائمها ففون هذا
الداء اما بسبب التشوه أو لكونه يوقظ الظن فيهم بادمان السكر
(المعالجة)

ينبغي عند ظهور العلامات الابتدائية من الاكثة الوردية منع استعمال
المشر وبات الروحية بالسكية وعند وجود اضطرابات مرضية في الاعضاء
التناسلية عند النساء البنات ينبغي معالجتها على حسب القواعد السابق
ذكرها وعند الاطفال ذوات الامتلاء الدموي والمعتريهم احتقانات
دماغية وامساك ينبغي استعمال المهلات كالمياه المرة السافانية والمعالجة
ببعض المياه المعدنية كما ذكرنا زناخ وهرم بادوكسجين والتقية العظمى
في هذا الداء يحصل عليها بالمعالجة الموضعية في الاشكال الخفيفة من
التمدد الوعائي والاحمرار يتقرب ولا بد الكبريت اما على هيئة البجينة
الكبريتية أو على هيئة ماء غسل المعم كلفلدا ومحلول كبد الكبريت والافوق
استعمال هذه الوسائط في المساء وذلك الجلد بها لئلا يمس تركه يؤثر فيه
واذا حصل تيج شديد في الجلد ينبغي ولا بد ترك استعماله بعض ايام وزيادة
عن ذلك يستعمل مع التجاح السليمانى الا كالمحلول مع الماء المقطر بقدر
٥٠٧ و سنتجرام من السليمانى أعنى قبضة ونصف على ٣٠ جرام من الماء
المقطر ويغسل به الاجزاء المريضة أو يكمد به الى أن تسكون خواصلات
صغيرة أو تنفلس البشرة وكذا المشع الزينقي الذي يوضع على الاجزاء
المريضة مدة الليل وفي الدرجات الثقيلة من الاكثة الوردية ينبغي الاجتماع
في ضمور الاوعية الشعرية المتعددة وانسدادها وذلك يتم بشقها طولا
بواسطة ابرة السكر كتنا أو مشارط دقيقة ثم مسحها بمحلول أول كلورور
الحديد بعد استمرار التزييف زمنا قليلا

(رابعاً في الانزفة الجلدية المعروفة بالبربرورا وتسمى كذلك بالفرغوزا)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التزييف يحصل في الجلد كما في غيره من الاعضاء عقب تفرق اتصال في جذر
الاوعية لكن الانزفة الصغيرة يمكن حصولها ايضا كما أثبتناه ابتداء المعم انه ترك

عقب نفوذ الجسيمات الدموية الحمر من خلال الجدر الوعائية بدون تفرق اتصال فيها ومتى انسكب الدم في جوهر الجلد وارتفع في الآلات منسوجة تكونت بقع محمرة أو مزرقة أو مسودة وهي البربورا فإن كانت تلك البقع صغيرة مستديرة سميت بالمشروان كانت مستطيلة شريطية سميت بالقسبياتس أى بالبقع الشريطية وإن كانت منتشرة وغير منتظمة سميت بالاكيموزس أى السكدم وإن ظهر الانسكاب الدموي على شكل تعقيدات صغيرة سمي بالحزاز الأزرق أو التزقي أو بالبربورا الحلدية وفي بعض الأحوال قد تنفصل البثرة عن الجسم الحلمي وترتفع على هيئة حويصلة بواسطة الانسكاب الدموي وفي أحوال أخرى قد تنقب البثرة ويحيل التزقي إلى الخارج وأما أن خرج التزقي من مسام الجلد ومن فوهات الأوعية والغدد الدهنية والعرقية وكان غير مختلط بالعرق فلا يجوز تسميته بالعرق الدموي إذ ليس بين التزقي الجلدي وافرار العرق أدنى ارتباط

ثم إن الأثرقة الجلدية تنشأ (أولا) من أسباب جرحية ظاهرة ومن جلتها الناشئة عن لدغ البراغيم لأن لها بعض أهمية من حيثية كون الأطباء غير المتدربين يخطئون في انتفضيض و يظنون وجود مرض ثقيل في الدم فيشاهد بعد لدغ البرغوث حالان كنه وردية أو حمراء ويدا في مركزها الجرح الأحمر الداكن وهو محل اللدغ وعند بعض الأشخاص يتكون في محيط لدغ البرغوث أثرقة صغيرة في جوهر الجلد مثل الأثرقة الصغيرة التي تتكون حول عض البدود وبدا استمرار هذه النسكت مدة قليلة من الزمن تزول الحالة المحمرة المحترقة التي كانت محيطة بالنقطة التزيقية وهذه البربورا البرغونية تتميز عن غيرها من المش بهيئتها (وثانيا) تنشأ الأثرقة الجلدية عن تزيق في الأوعية عند امتلائها بامتلاء عظيم فانه لا يسد مشاهدة البربورا في الوجه وتغطيها عقب السعال الشديد أو نزول الحيض بعنف كأنه قد تشاهد بقع بربرية في الأطراف السفلى عند عوق رجوع الدم ووجود أوعية دالية فيها (وثالثا) قد يكون التزقي الجلدي في أحوال أخرى عرضا لا اضطراب بني عمومي فهناك أمراض فيها تتحركون البربورا من الظواهر المرضية الملازمة كالبربورا الروماتيزية والبربورا

البسيطة وداء ورلهوف والاسكر بوط كما انه توجد امراض اخرى يكون فيها النزيف الجلدي عرضا غير ملازم كافي الحيات الثقيلة كالتيغوس والحيات الطفحية الحادة والتسمم الصديدي للدم والهيفضة والحني الصفراء والاشكال الثقيلة من البرقان والليكميا وداء رابت والتسمم الكولي والنفوسفوري ونحو ذلك وفي كثير من الامراض المذكورة تحصل اترقة في اعضاء ومنسوجات آخر ومن ذلك يتضح ان هنالك استعدادا تزايفيا عموما يمكن الى الاك توجيهه بفروع الاصلى توجيها كافيا ويظهر ان هذا ناشئ عن تغير واستحالة مرضية في جدر الاوعية الشعرية الصغيرة وهذه الاستحالة المرضية لجدر الاوعية من الجائز ان منشأها تغير في صفات الدم وأقله نرى في الاوعية التي يحتبس الدم النقي الجارى فيها احتباسا وقتيا بواسطة رباط انه عند جريان العامود الدموى فيها ثانيا يخرج من خلال جدرها كميات دموية جريية يحصل اكيموزس شمرى ومن السهل جدا تميز الاجرار المتكون في الجلد بواسطة الانسكاب الدموى عن الاجرار الاحتقاني فان الاول يكون أكثر تسبعا وكثرة وذلك لان الدم يكون خارج الاوعية ويتغير لونه بسرعة بواسطة تغير المادة الملونة للدم فيصير اولاسمرا او اسود مسمر اثم اسمر زاهيا ثم مصفرا ثم مخضر احيانا لكن الصفة الرئيسية تتخذ من حالة الاجرار عقب الضغط بالاصبع لان الاجرار الاحتقاني يزول بالضغط واما الاجرار البرورى فلا يزول بالضغط المذكور ومع ذلك نبيه على ان البقع الجلدية الحرة قد تكون مزدوجة الطبيعة والبقع البرورية البسيطة تظهر في عدة ايام تغيرات اللون السابق ذكرها ثم تزول بدون اثر ومع ذلك قد يمتد التغير المرضي ويستمر زمنا طويلا وذلك انه باستمرار تأثير التغير المرضي الباطني يحصل تكرار ظهور البقع الدموية زمنا طويلا ثم ان البقع البرورية وان كانت في حد ذاتها ليس لها ادى اهمية الا انه من المعلوم ارتباطها بتغيرات مرضية باطنة مهمة ولذلك ان الحكم على عاقبة البربور المرضية تتعلق ولا بد بالمرض الاصلى ولنا موس الثقل تأثير واضح بالنسبة لمحل ظهور الشمس ولذا انه كثيرا ما يظهر في الاطراف السفلى وتكثر غزارة فيها قد ذهب كثير من المؤلفين المستعدين الى ان كلاما من

البورور البسيطة والدموية (أي داءورلوف) والاسكر بوسط يقتل
 احدهما الى الآخر بل قد قيل ان تلك الامراض درجات متفاوتة من
 مرض واحد البورور البسيطة تشاهد عند الامحاء كما تشاهد عند الضغف
 البنية المنهوجين بدون سبب معلوم ويجوز تشخيص البسيطة منها
 متى ظهر غش او اثر طمة دموية بدون اضطرابات عومية او مع حالة هبوط
 وعدم قدر على الاشغال وقد في الشهية وظهوره يكون اما في الاطراف او
 في جميع الجسم مع فقد جميع الامراض التي تصاحب البورور الدموية
 أو الاسكر بوط وكثرة وجود البول الدموي ولو في الاحوال المرضية المطابقة
 لحالة البورور البسيطة يدل على وجود المشابهة بين كل من البسيطة
 والدموية وسير البسيطة جيد ولو ان الشفاء يحصل فيه تأخير مدة أسابيع
 او اشهر عقب تكرار هذا المرض مرارا

ومن زمن الماسلم شونلين يميز (بحق او بخير حق) شكل مخصوص
 من البورور يسمى بالروما ترمي فيه تظهر عند الشبان او بنسب هذا
 الطور يقع حر سطحية او مرتفعة قليلا عن سطح الجلد مع ظواهر حمية
 قليلة او بدونها ومع الامروما ترمية وانتفاخ اوديمياوي في الركبتين
 والقدمين (ومن ذلك سهولة اختلاط هذه الحالة بالروما ترم المفضل)
 في الاطراف السفلى وفي غيرها من اجزاء الجسم كاليدين والذراعين
 والصدر والبطن وهذه البقع تكون ابتداء حرقا فانية ناشئة عن الاحتقان
 غالباً ثم تصير فيما بعد جردا كثة وبعدها تستمر ايام ٨ ايام
 الى ١٤ تزول بالكلية وفي اثناء شفاؤها قد تسترد مع ظهور
 الآلام والامراض المعلوم من انه مع ظهور هذا الشكل من البورور تظهر
 طفجات آخر كالابر تما النضحية والانجيرية والهرس أدى له هضم
 القول بوجود ارتباط بين هذا الشكل من البورور والامراض السابق
 ذكرها وان الروما ترمية منها كالامراض المذكورة تعتبر من الامراض
 العصبية

(العلاج)

شكل من البورور البسيطة والروما ترمية ينتهي بالشفاء ولا يحتاج الى

للمعالجة عرضية خفيفة كحطارية الام والحصى ذوالاتفاطات الاودية او
في الفواصل فالبقع البريورة تزداد من نفسها وانما تكثر ترددها بلقي
ولا بد لاستعمال اول كلورور الحديد والجو يدار من الباطن مع التمتع
بالهواء الجيد والوضع بالاستلقاء على الظهر لا يجوز الامر به الا عند تكرار
ظهور الشمس عند الوقوف وكذا تغليف الاطراف السفلى برباط حر وفي
ضامة بعد الغسل بالماء البارد والخل قد يمنع تكرار ظهور البقع الدموية في
الاطراف السفلى

(خامس في التولدات المرضية الجلدية الجلد)

كل من الاورام السرطانية والحمية والبشرية التي هي من جملة التولدات
الجلدية الخبيثة فيحصل شرع على كتب الجراحة ولان ذكره هنالك
الو ليس بأشكاله سواء كان مصيبا للجلد او بعض الاغشية المخاطية

(المبحث الثامن عشر)

(في اللوبوس ويعرف بالقوية الاكالة والقرضة)

(كيفية الظهور والاسباب)

اللوبوس عبارة عن تولد مرضي خلالي جديد يصيب الجلد والاعشية
المخاطية المتصلة به ويتصف كغيره من الاورام الخالوية كالدرن والسرطان
والتولد المرضي الجزامي بالتلاشي والاضمحلال وتبع الابحاث توما يتبع
اللوبوس في نموه الاعتمادى تفرع الاوعية الموجودة حولها انما كانت من اخلية
لينفاوية وهذه باختلاطها تؤدي لتسكون أورام عقدية صغيرة أو كبيرة فهذه
العقد تشتمل حينئذ على منسوج نى اخلية صغيرة كثير الاوعية ولذا عده
وليبر جهوف من الاورام الحبيبية ويعتري جزا من جوهر هذه الاورام فيما
بعد استعماله فتوجد فيه تجمعات من اخلية مستديرة مشتملة على مواد
عضوية أولية ويوجد في مركزها كثير من اخلية كثيرة النويات ثم يعتري
جوهر الورم التلاشي والاضمحلال فيه ككابتهم الاستيالة الشخصية
والتكاثر الجبني فيها انما تمتص او تنفجر والتسكون الندبي في محيطها
يكون عبارة عن ظاهرة تمجية تؤدي لاتصام الاجزا المتقرحة واسباب
اللوبوس غير واضحة بالكلية فان هذا المرض وان حصل بكثرة عند

الاشخاص الخنازيرى البنية الان عددا عظيما منهم يسقى مصانعهن
 الاصابة به وكثير من الاشخاص الغير المصابين بداء الخنازير يصابون به
 وعين ذلك يقال بالنسبة للمصابين بالزهرى الوراثى فانه لا ينكر ان اللوبوس
 كثير الحصول عند الاشخاص الذين يقطن فيهم يوجد الزهرى الوراثى
 أو يشفى وجوده عندهم لكن من جهة أخرى يكون من الاكيد ان مثل
 هؤلاء الاشخاص يكونون في الغالب مصابين عن الو بوس ولذا أن تميز
 الو بوس الى خنازيرى زهرى وذائق ايس جيدا والبقا وسم الطيبة التي
 فعلت على وجود الو بوس في الاطوار المختلفة من الحياة وفي النوعين قد
 استنبط منها ان هذا الداء نادر في سن الطفولية وأندر من ذلك بعد سن
 الثلاثين وأكثر حصوله بين العشر سنين الاول والعشرين وان كلا من
 النوعين تكثر اصابته به لكن النساء أكثر اصابته به من الرجال

في الاعراض والسير

المجاس الاعتيادى الو بوس هو الوحيدة خصوصا الانف وأرنبتة وجناحيه
 والوجنتين والاذنين والجبهة وقد يتبدى التغيير المرضى من الجهة
 الانسية لجناح الانف أو من الحاجز لكن الغالب ان يمتد هذا المرض من
 الجلد الى باطن الانف امتدادا مستويا أو مهيييا لبعض أصفار دون آخر
 أو انه يمتد الى القشاء المخاطى الفمى أو الحلقى أو الحنجري أو المصمى أو
 القرنى وبعد الوجه في الاصابة الاطراف لاسيما الساعدين والساقين ممتدا
 الى اليدين والقدمين وز يادة عن ذلك يشاهد في العنق والظهر
 والليتين وبالجملة يصيب جميع أجزاء الجلد وان بعضها يندر اصابته وتكون
 تابعة والعلامات الاولى من اللوبوس تكون غالبا غير واضحة فلا يعتنى بها
 كلية أو يعتنى بها قليلا وهي عبارة عن ظهور بقع صغيرة حمراء محدودة غير
 مؤلمة باطية النمو أو بقعات صغيرة تكون مع شدة صلابتها كبيرة المشاشة
 بحيث انها تدمى بسهولة وبالضغط الخفيف عليها بقلم من الخجر الجهنمى
 يمكن التمتع فيها بسهولة (وهذا هو اللوبوس النكتى والدرنى) وقد يمتد
 هذا الداء في هذا الدور على هذه الحالة زمانا طويلا قبل ان يكابد اسفالات
 آخر ومن النادر ان يكون ذا سير تحت جاد بحيث يحدث تمسكات ممتدة في

قاسيل من الاماسيع وعند الخطاط التغير البوسى وشفاؤه تظهر هيأت
مختلفة ففي بعض الاحوال يصغر حجم التعدادات اللوبوسية عقب تلاشي
عناصرها الخلائية وامتصاصها فالجزء المصلب من الجلد يتفرطح والبشرة
تنفصل منه على شكل قشور عظيمة (وهذا هو المسمى باللوبوس القشرى)
والجلد يعتبر به حينئذ قشور تدبى لاسيما فى جناحي الانف وفى احوال أخرى
يحصل ثخن وتنتج فى البورات اللوبوسية فيتكون أسفل القشور القحجية
الجافة قروح ذات قاع سهل الانما ألامس أوذى تحبيبات فطرية (وهذا هو
المسمى باللوبوس التقرحى) ولا يندران بمثل التقرح فى الغور (وهذا هو
اللوبوس الاكالى) وحينئذ يمكن تمسك بعض الاعضاء ذات الجدر الرقيقة
كالانف والاهام وتتعري بعض العظام أو الغضاريف وتتكسر زوى بعض
الاطراف يحصل تشوه عظيم ويفقد وظيفته وهناك شكل آخر منه
يظهر غالباً فى الاطراف وله ميل تام للامتداد والسعى فى جزء عظيم من
الجلد وذلك انه يتكون فى سافة جزء الجلد المريف ارتشاحات ليوسية جديدة
أما الاجزاء المماية ابتداءً فيحصل فيها امتصاص أو تقرح (وهذا هو المسمى
باللوبوس الثعبانى أو التهرجى) ثم ان الاشكال المختلفة المذكورة من
هذا الداء لا ينافى وجود بعضها البعض الاخر بل كثير اماً تصطب مع بعضها
وانما أحد الاشكال يكون هو المستططن على الآخر

ثم ان اللوبوس وان كان من الاحراض القابلة للشفاء الا انذاره ليس
حيداً بالكلية فانه من جهة يميل فى معالجته بسبب سيره البطيء جداً الذى
لا يندران يتمدجلة سنين بحيث ان شفاءه فيما بعد لا يمنع من تكون ندب
القمامية مشوهة وتلافى بعض الاعضاء ومن جهة أخرى يخلط شفاؤه
ولو بعد سنين استعداد واضح للنكسات وبالنسبة للتشخيص فمن
الجائز اختلاط النكت والتعدادات اللوبوسية بسبب لونها الاحمر المهر
بالدرون الزهرى والقروح اللوبوسية بالقروح الزهرية لكن عند الالتفات
يمكن ولا بد التمييز فى التشخيص باعتبار الامور والظواهر الخاصة بكل من
هذين المرضين واما انتقال التولد المرضى اللوبوسى الجسدي الى المزطاز
البشرى فلا يمكن حصوله وانما قد يمكن ظهور الأخير على قاع القرح

البوسية

وهناك شكل آخر يختلف بالكليّة البوس الاعتيادي السابق شرحه
وهو المعروف بالوبوس الارتماوي (المع كازناق) والتفسير المرضي هنا
(تبعاً لها) يبدأ من الغدد الدهنية التي تكون مضطربة في وتطبيقاتها
وقنواتها ممتدة ومغلقة بسد من مادة دهنية وبشرية وفي الدور المتقدم
من هذا الشكل تحصل تراكمات خلوية غزيرة في حالات المنسوج الخلوي
الحبيطة بالعدة والابحاث التشريحية للعلم نيم وغيره أيدت قول المعلم
هيرا وانما تبعاً للعلم نيم لا يتسدى هذا الشكل على الدوام من الصد
الدهنية فالاجربة الثمرة بكونها ثابتة في تلك الحالة تظهر فيها التغير المرضي زيادة
عن الوجه في راحة اليدين التي لم توجد فيها تلك الغدد ثم أن الوبوس
الارتماوي يكاد لا يهيب الا الوجه لاسيما الانف وأجزاء الوجنتين القريبة
منه (وهذا هو شكل ابي الدقيق) فيشاهد هنا ارتفاعات صغيرة صخرة تمتد
بخطها ويوجد في مركزها صغيرة بنزعتها لها عدة دهنية في قناة الجراب
الدهني وهذا التغير المرضي اما ان ينتهي بالشفاء بدون ان يخالطه تغير او ان
يخلطه ندبة يجمتية متبقية بعد استمراره مدة طويلة وهذا الشكل الذي
تكثر اصابته للنساء يكون محصوراً بعند ظهوره الحاد يسمى بكثرة الشدة
أو قلبها وانتفاخ في المفاصل والام عظيمة وانتفاخات عسدية ولا سيما
بالجراحة الوجهية الخفيفة أو الثقيلة

المعالجة

معالجة الوبوس تبصر في أمرين الاول تبعيد التولد المرضي الجديد المتخلل
في جوف الجلد فان بقاءه فيه زماناً طويلاً وتلاشه يؤدي كل منهما التمسكات
متمدة في الجلد ونسب النحامية مشوهة والثاني هو منع تكون ارتشاحات
لبوسية جديدة في الامر الاول اتفق جميع الاطباء المختلين بأمر مرض
الجلد على ان القدا البوسية تستدعي معالجة موضعية قوية لكن الوسائط
والطرق العلاجية التي يراد الحصول منها على هذه الغاية تتنوع جداً وان كان
لا يشك في ان الحصول على هذه النتيجة يمكن ولو مع اختلاف الطرق
العلاجية بشرط استعمالها استعمالاً لا تفاؤلاً نرى ان التمرن على اجراء

اى واسطة علاجية مخصوصة قد يحسب بعض الجراحين أو الاطباء القير
 المتقدمين في المعارف شهرة عظيمة في معالجة اللوبوس بل والصراط حتى
 أظهر الجهنمي الكثير الاستعمال الجيد التأشير يحتاج الى استعماله
 لتمرن مخصوص وهو انه ينبغي الدخول في العقد اليوسية بقلم الجراح الجهنمي
 المبرى بمركة دائرية فكانما يمسح به فداد المادة اليوسية وفصلها عن
 الجلد السليم وهذا امر سهل فان هذه المادة هشة والجلد السليم قيه
 مقاومة فالجراح الجهنمي يفسد بهذه الكيفية الاجزاء المريضة فقط بدون
 ان يفسد الاجزاء المريضة والسليمة معاً كما لو قاما الكاوية والالام
 الناتجة عن الكي بزل بعد مضي ساعات فينبغي تكرار الكي بهذه الكيفية
 مرة أو مرتين في كل اسبوع لانه في كل مرة لا يمكن الانسداد بعض
 العقد لاجتماعها وعندما تكون العقد اليوسية متعددة ومثقولة قد اوصى
 كل من هيرا وكوزي باستعمال عجينة زرنخية مذيقة (بأن يؤخذ من
 الزرنج الابيض ٦ ديجرام أعنى عشرة قمحان ومن الزنجفر ٤ جرام
 أعنى نصف درهم ومن مرهم الورد ١٥ جرام أعنى نصف أوقية)
 ويؤخذ من هذه العجينة قطعة على سن الملوقة ويدهن بها مريض من
 البفت ثم يوضع على الجزء المريض ويكرر وضعه ثلاث مرات في كل ٢٤
 ساعة في اليوم الثاني تحصل الام خفيفة تشبه جرحاً في اليوم الثالث
 وتصلح طباً بانتفاخ أو ذيماوى في الوجه والاجفان لكن العقد اليوسية
 تكون مسخيلة الى خشك ريشة مسودة رخوة منعزلة عن الجلد السليم الذي
 لا يكون متأثراً اما المواد اللوبوسية فانها تكون مفسدة بالسكية بعد
 جملة من الايام تفصل الخشك ريشة بالتفيم ويسقى محلها فقد جسر على
 شكل تقرب تتكون فيها ازرار لدية بسرعة ثم تلتصم وعندما تكون العقد
 اليوسية متفرحة قد يكتفى وضع هذه العجينة يوماً او يومين حتى يحصل
 التقشرو لم يشاهد تبعا لتجارب كاوزي تسهيز يفي بهذه الطريقة مطلقاً
 مادامت العجينة ليست اقوى في التركيب مما تقدم ووقع التأثير على محال
 ليست اكثر اتساعاً من راحة الابدان واليدن واما المعالجة بالتشريط التي اوصى
 بها اوجواها ابتداء ديني وقد مدت جداً بواسطة المعلم فلكم وويل فهي

هبارة عن ونخر السطح المريض بشقوق عديدة قرية جدامن بعضها غورها من خط الى خطين بواسطة مشروط ذي سن حاد ربيع جدا أو مبضع حاد مستطيل السن وهذه الطريقة يتكرر اجراؤها من ثلاث مرات الى ثمانية في ظرف جملة اسابيع وبها يحصل ضمور الاوعية الشعرية من جهة ومن جهة اخرى تساعد على حصول تلاشي الاخلية المترسبة وامتناعها وهناك تنوع اخر لهذه الطريقة اوصى به فلسكن وهو كسط المواد البوسية الرخوة بواسطة ملقحة حادة الطرف لكن حيث انه لا يمكن استبعاد جميع الاجزاء المريضة بواسطة ما ينبغي ولا بد استعمال الوخز والكي في سطح الجرح وحيث ان طريقة فلسكن هذه مؤلمة جدا فقد اوصى باستعمالها عقب التخدير بالكلور فورم وعين ذلك يقال بالنسبة لطريقة الكي الجلو التي استعملها ابتداء هيرافي اللوبوس وعند اجراء هذه الطريقة يمر السلك الابلاتيني المحمي للدرجة البيضاء من المواد البوسية فيفسدها

ثم انه لا يجوز على الدوام اجراء معالجة موضعية مفسدة في اللوبوس فانه عندما يوجد لاس النعقدات البوسية ارتشاحات سطحية فقط كما يشاهد ذلك في اللوبوس التغلبي والارتماوي يمكن حصول الشفاء بدون تقرح عقب امتصاص الاخلية المرضية ولذا انه في الاحوال التي فيها تكون اجزاء الجلد قليلة الارتشاح (ومغطة) بنكت يجتهد في حصول التصلب والشفاء بالطرق البسيطة فانه لا يعقبها تشوهات ندية كما يحصل عقب الشفاء بواسطة المعالجة المفسدة ولاجل امالة هذه الغاية ينبغي من الجزء المريض جملة ايام متوالية محلول من كرم الخبز الجهنمي (جزء من الماء على جزء او جزئين من ازونات الفضة) أو مصبغة اليود لاجل احداث تخرج موضعي ويترك المس بعد ظهور الام والالتفاف ثم يكررنا في اسبوعين من التبريد ومن الموصى به بكثرة ايضا في اللوبوس الارتماوي استعمال الشمع الزينقي وذلك ان يطلى به قطعة من البفت الناعم ثم توضع على المحل المريض مع تغييرها كل يوم مدة طويلة من الزمن وزيادة عن ذلك يستعمل في اللوبوس الارتماوي بعض المهيجات الشديدة والكاويان الحفيفة واوهاروح الصابون البوتاسي (بأن يؤخذ

من الصابون الأخضر ١٠ جرام ومن روح النيكال المركز ٥ جرام ونترك
 للزج مدة ٢٤ ساعة ثم يرشح ويضاف اليه روح الخزامى ٥ جرام
 وبهذا المخلوط تدلك الاجزاء المريضة بجملة مرات بواسطة فرشاة دلكا قويا
 حتى يحصل الادماء ثم يوقف الاستعمال ولا يكرر ثانيا الا بعد سقوط القشور
 التي تكونت من المس الاول ويوصى ايضا في اللوبوس الارثماوي باستعمال
 وسائل موضعية عديدة أخرى كالجليسرين المودى (الركب من اليود التي
 ومن بودور البوتاسيوم من كل ثلاثة جرامات ومن الجليسرين ستة جرامات)
 وكذا المس بالقطران والكي مع الاحتراس بمحض الخليلك أو الكلورودريك
 أو الكريوليك أى الفينيك بل وبمحض النتريك المركز أو باليوتاسا
 الكاوية (جزء منها على جزء من الماء) وبالجملة يستعمل مع الصباح
 ونحوه المحل المريض على حسب طريقة فلكم كما ذكرناه سابقا وجميع هذه
 الطرق العلاجية ينبغي معرفتها والاعتناء بها فانه كثير مما لا تثمر أحداها
 في حالة تثمر فيها طريقة أخرى وأما المعالجة الباطنية فاعلم المؤلفين
 لا يعتمد عليها في معالجة اللوبوس انبها لا يحصل على شفاء أكيد في هذا
 المرض ولا يمكن شفاء النكسات الجديدة التي ينشئ منها ولا بد ولومع
 استعمال المعالجة الموضعية انما في بعض الاحوال قد يشاهد منها منفعة
 عظيمة لاسيما استعمال زيت كبد الحوت بمقادير عظيمة والمحاول الزنجي
 لقلبيره مطبوخ زمن الذي شاهد دأمنه نجما عظيما احيانا ومن الواضح
 انه عند وجود احوال مرضية مع اللوبوس كداء الحنازير أو الانيميا ينبغي
 معالجتها بما يليق

(سادس في الامراض الجلدية الغريبة)

المبحث الثاني - عشر في السعفة

توجد طفحات جلدية عديدة فيما يتولد نبات طفيلي تارة وأخرى
 حروان طفيلي فوجود هذا الفطر في المس بالمصادفة بل انه هو السبب
 الاصل في حصول تلك الطفحات الجلدية ففي الامراض الجلدية الناشئة
 عن الفطر انشائي يكون مجلس هذا الفطر المسكوني اما بين
 طبقات البشرة او في البصيلات الشعرية او في الاظفار والمعلم شونكي

هو الذي اثبت ابتداء الطبيعة الفطرية النباتية لدار السعفة اكن مشاء
 هذا الفطر (المعروف بالاكور يون العلم شولان) ولا سيما بكونه
 فطر اصليا قائما بنفسه او نوع بنت من فطر التعفن لم يتحقق الى الآن فالعلم
 هو ان عدينة جيس ذهب تبعا لاجرائه وتجاربته الى ان الفطر السفي الاصلي
 نوع ميكوزور تيموزس اي الميكور ذي التفرعات ينضم اليه غالباً البنفسليوم
 جلو كم ثم ان الفطر السفي ولوانه عمر التثبيت يتقل من شخص الى آخر
 او من شخص الى حيوان وعكسه فكثيرا ما ثبت هذا الاصابة بالسعفة انتقال
 هذا المرض من شخص الى آخر استعمال غطاء الرأس وما يولد مع الاشتراك
 او مخالطة بعض الحيوانات المريضة (كالكلاب أو القطط) وفي احوال
 اخرى لا يمكن اثبات بذوع هذا الفطر وحينئذ يقال ان احدى الجراثيم
 الفطرية السعفية وصلت الى جلد شخص غير تطبيق مكث فيه زمنا كافيا
 حتى وصلت الى اجزىة الشعر وكذا استعمال الضمادات والمسكندات يرفائد
 غير نظيفة معقنة يمكن ان يساعد على تثبيت هذا الفطر على الرأس والسعفة
 تشاهد بالاكثر عند الاطفال والشبان وفي الذكور اكثر من الاناث وهي على
 العموم مرض جلدي نادى ولعل المؤلف ذكر ندرته بالنسبة لبلادهم واماني
 قطر مصر فهو مرض ليس بنادر سيما عند الفقراء

في الاعراض والسير

تظهر السعفة غالباً في فروة الرأس ولكنها تظهر احيانا في اجزا اخرى من
 الجسم بل وفي جوهر الانفاذ (وهذا من المرض وولابد) ففى شوهة شخص
 مصاب بالسعفة بعد النظافة وتكوين الطفح ثانيا يري في الايام التالية
 لذلك قشيرات مبيضة فقط وهذا هو المعروف بالبيريازس الراسي ثم
 بعد مضي بعض اسابيع تشاهد جسيمات في حجم راس الذبوس ذات لون
 مصفر منفردة في الجلد تكون مثقوبة من مركزها بشعرة وتتكون
 من مواد فطرية تنمو بين الطبقة البشرية الظاهرة المتشعبة بالشعرة
 والباطنة المبطنة لفوهة الجراب الشعري وهذه المواد الفطرية
 بنموها وتكاثرها تمدد جدر الطبقة البشرية الى نوع محفظة يصل
 حجمها الى حجم الدسة او ازيد وتكون منبجعة في مركزها بسبب

التصاق البشرة بأصل الشعر وبذا يعاقب تمدد الواد الفطرية فتنبع واما
السطح الباطن للجسيمات السعفية المتجه نحو الجلد فانه يكون محدد بحيث
يمكن فصلها عن الجلد من حافتها بدون جرحه ثم فيما بعد تتلاصق تلك
الجسيمات ببعضها وتلتصق فتكون قشور عظيمة ومع ذلك فيمكن على
الدوام معرفة تركيبها وانها متكونة من أقراص حلقة وفي الانتهاء تتفتت
تلك القشور من سطحها الظاهر ويحل محل لوها الاصفر التبيخ الخاص لون
ابيض جبسي بحيث عند النظر الى محلها يمكن عدم معرفة طبيعة هذا الطغ
مالم توجد في بعض الاصغار جسيمات سعفية صغيرة واضحة ومع طول الزمن
ينكدر نحو الشعر الذابغ من الجسيمات السعفية فيفقد لمعانه وبصيرت ابي
اقون ويسترقو ويفقد مادته اللونية ثم يسقط بالكلية بدون تجديد وذلك لان
الجريبات الشعرية تضعف بسبب ضعف الجسيمات السعفية التي تسد ربي
فيحصل حينئذ من ترك هذا الداء ونفسه شفاء تام الا ان هذا يجد
جولة مسنين ثم يخلفه صلح تام ندب وضروري الجلد ومع ذلك توجد اجزا آخر
من الجلد تصاب من جديد وتكون مغطاة بالقشور الواصفة لهذا المرض
وتميز الصفحة عن غيرها من الطبقات الجلدية بفروة الرأس كالسوز بازس
والاجزما ونحو ذلك يسد ران يكون فيه صعوبة وانما في الاحوال
انني فيها يكون عند طفول مصاب بالسعة مرض قوى بسبب القمل أو نحوه
وحصول أجزما يكون من الضرورى حينئذ فعل التشخيص بواسطة
المكرومكوب فيه يظهر ان الجسيمات السعفية مكونة من عناصر
فطرية ومن مادة حبيبية ضامة زيادة عن الصفائف البشرية ومن
السلخ الظاهر للجاذبة السعفية أحيطة عديدة من الميتيل النباتي
في باطن الجسيمات السعفية وفي الابتداء تكون هذه الأحيطة بسيطة ثم
تتقدم وتغير عقدية وتتفرع فينشأ منها عدة فريعات وهذه العناصر
الفطرية توجد ايضا في غمد البصيلات الشعرية بل وفي الشعر المستخرج

بشمه

المعالجة

مضى كانت السعة مصيبة لاجزاء من الجسم مغطاة بورر رقيق من الشعر

تسهل مغالجتها واما المعفة المصيبة لغروة الرأس فانها تحتاج لمعالجة
مستطيلة منتظمة للغاية فيبتدئ بتنظيف الرأس جدا بواسطة ذلك
بالزيت المتكرر والاة القشور ونزعها ثم غسل الرأس بالماء القاتر والصابون
غسلا جيدا ومتى تم تنظيف الرأس بعد يوم أو اثنين ظهر الشعر مجرا قليلا
بعيث ان غير المتمرن يظن ان الاء قد انتهى غير ان الجراثيم العديدة الباقية
في الاجربة الشعرية تنمو من جديد وعما قليل من الاسابيع تتكون
الجسيمات السعفية ثانيا فالقصد من المعالجة حينئذ تبعد الجراثيم
الغطرية المخفية في الاجربة الشعرية وازالتها وهذا يستدعي ابتداء فتح
الاجربة الشعرية المصابة بواسطة تنف الشعر المصاب الذي يتم بغاية السهولة
لان الشعر المر يض يكون سهل التزع ويفعل ذلك اما بواسطة جفت أو على
حسب طريقة هبرا بقبض الشعر على هيئة حزم صغيرة بين طرف مسلق
اوسكين غير حاد والابهام الضاغطة ونزع الشعر المريض بسهولة بخلاف
السليم فانه لا يتزع وزيادة من هذا التنف المتكرر ينبغي غسل الاجزاء
المريضة بالصابون كل يوم مرة أو مرتين أو بروج الصابون البوقاسي وينضم
لذلك الاستعمال الموضعي لاحدى الوسائط المعروفة بانها قاتلة للفطر كمرهم
الكر يوزون جزء منه على ٦ أجزا من الشحم الى ٨ منه أو المس بحلول
حمض الكربوليك (بأن يؤخذ من حمض الفنيك ٣ جرام ومن كل من
الجلسرين والكؤل ٣٠ جراما ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما)
ويجملول السليماني (المكون من ٥ دسجرام منه على ١٠٠ جرام من
الماء المقطر) (أو ذلك بزيت الترمنتين أو مرهم الراسب الابيض او نحوه)
ومع ذلك لا ينبغي انتظار حصول التأثير السريع القوي من تلك الوسائط
بل كثير اما لا يحصل الشفا ما يحصل تنف الشعر وغسل الرأس
بكيفية قوية مستمرة جملة اشهر واما الحال الناعمة المغطاة بوبر
شعري خفيف فالمعالجة السابقة فيها تؤدي للغاية المطلوبة في اقرب
زمن واما المعالجة المستعملة في مصرنا بتنف الشعر دفعة واحدة بواسطة
لصق من الزيت فتعد من المعالجات الوحشية القاسية وكثيرا ما تعيقها
التسكيات

(بحث العشرون في المهربس الطفي لي)

الطفيل الناشئ عن هذا الطفح (المعروف بالتريكوفيتون تنزوروس) الذي استكشفه ملستن وجري بنيت بين طبقات البشرة والشعر بل والاخلية الظفربة ولذا ان هذا الطفح يمكن ظهوره في جميع أصفار الجسم اما ذاتيا بمساعدة الشروط الاعتيادية المعينة على تكاثر الفطر التعفني الاعتيادي وهي التي تسهل استرخاء البشرة ونفوذهم من طبقاتها الباطنة كالحمامات المتكررة والضمادات المستمرة لاسبابها غير نظيفة محتوية على فطر وكذا أجزاء الجسم المتداخلة بالمرق دائما كاسفل الثدي والثنيات الصفنية الغذبية واما ان يكون ينبوع هذا الطفح العدوى وتكون اما من شخص لآخر أو من بعض الحيوانات (كالابكار والخيول والكلاب والقطط) ونحو ذلك اذ من المعلوم انها كثيرة الاصابة بالمهربس الفطري

ثم ان الفغار النافذ في البشرة مع الجسم الحلي عند ابتدائه في النمو يحدث احتقاناً موضعياً بقعة حمراء و باعداد غواظ في الدائرة يزداد محيط هذه البقعة المحمرة فتكتسب شكلاً مستديراً أو بيضاً وبأى حجم امدسة أو أزيد الى حجم قطعة الريال وعند ما يكون التهم قليلاً لا يحصل تضخم واضح وانما تنفصل البشرة على هيئة قشور مبيضة من القاع المحمر (وهذا هو المروف بالمهربس الفطري البقي) وحيث بانفصال البشرة تنفصل أيضاً المواد الفطرية المحتوية عليها فيحصل الشفاو يتبدى بالأجزاء المصابة أولاً عتق في مركز البقعة المستديرة فيظهر الجلد في المركز حينئذ سليماً أو يجمعت باجريت يظهر بدلاً عن البقعة المستديرة نوع حلقة تتسع شيئاً فشيئاً وتقدم جهتها الوحشية الى أن تختلط بمخلفات أخرى من نوع هذا الطفح فتكون أشكالا غير منتظمة يتأكد ولا يدع معرفة انها مكونة من دوائر وعند ما يكون تسع الجلد شديداً يظهر بدلاً عن البقع المستديرة عقد صغيرة أو حويصلات صغيرة أو كبيرة تتضخم بسرعة فيحلقها قشور أو قشور رقيقة كما في الحالة السابقة لكنه يتكون في الدائرة الممتدة المرتفعة قليلاً لهذه البقع المستديرة حلقة جديدة من حويصلات في انشغاف

المركز وهذه الحلقة يكتب السير السابق وفيها بعد يتكون في الدائرة
 حلقة من نحو وصلات اخوتف فيما بعد ويعقب ذلك حلقة اعظم منها
 وهكذا (وهذا هو المهر في الطفيل الجوهري) وبعض المؤلفين
 يعتبر المهر من الخلق مما لا لشكل المهر من الطفيل الجوهري الذي
 فمن بعده لكن هراو كيزي يعتبر ان المهر من الخلق شكلا مخصوصا من
 المهر من القرني والاريتما القرنية الذين ليسا من طبيعة طفيلية وفي
 احوال المهر من الطفيل لفرقة الراس توجد هذه الحلقات المحمرة المعطاة
 بقشور او قلوب رقيقة مبيضة ومع ذلك يتغير غوا الشعر في المحل المصاب فيصير
 رقيقا وينقطع او يتقصف ويفقد لعانه بحيث ان المحل المصاب يشابه الصلع
 يمكن ينبغي التنبه من الوقوع في الخطاء ويشبه المهر من الطفيل الراسي
 بمرض الشعر المعروف بداء الثعلب الخلق الذي يصيب الاطفال والبالغين
 حيث فيه يسقط الشعر ايضا ويتبدى بشفة محدودة فيما يكون غوا الشعر غزيرا
 جدا ثم يمتد كذلك نحو الدائرة بحيث تتكون حلقات عارية عن الشعر تختلط
 فيما به سد حلقات اخر الا ان داء الثعلب الخلق ليس ناشئا عن فطر طفيلي
 بل عن اضطراب عصبي والمحل المصاب لا يظهر فيه احمرار ولا تكون قشر بل
 يكون املس غير متغير وبعد استمرار قد الشعر جملة من الشهور ينبت
 فانيابون ادنى مدخل للصناعة الطبية وفيه يكون ابتداء على
 هيئة وبر صغير فاذا المادة الملوثة ثم يكتب لونه وقوته الطبيعية وقد يكون
 مجلس المهر من الطفيل في الجزء الكثير الشعر من الوجه او الاعضاء
 الاسفلية او حفرة الابط لكن في الغالب تظهر الحلقات المحمرة لهذا
 الطاغ في اجزاء الجلد الخالية عن الشعر فان ظهر المهر من الطفيل في الاجزاء
 الكثيرة الشعر من الجسم وامتد الفطر في الاجزىة الشعرية احدث بنموه
 فيها التهابا ونشأ عن ذلك شكل مخصوص من السيكونوس (المعروف
 بالسيكونوس الطفيلي) واما تتميز هذا المرض فسر الجائز اختلاطه
 بالوردية الزهرية وبالسوريازس لكن في هذا الطغ الزهري يفقد
 التقر والتهلوس وكذلك توجد علامات اخر من داء الزهري البني واما في
 احوال السوريازس فان الدوائر الخلقية المحمرة تكون مغطاة بقشور

سميكة مستوية ومن النادر الانحسار بحيث المكروم في لاجل مرة
وجود الفطر من عدمه حتى ينفق التفتيش والمواد الفطرية التي تشابه
الفطر السعفي تشكون من أخيلة عديدة فطرية كثيرة التفرع بين طبقات
البشرة المنفصلة من الحافات المر بنية وفي بصيلات الشعر
وسير الحر بين الطافيل يختلف اختلافا عظيما فقد يكون ذا سير حاد في
الاسابيع الاول سها ان كان عند اعلى سطح متسع من الجلد فالبقع المحدودة
تكون بسرعة حلقات متمدة وتكرر الطغم بل وقد تظهر رصاصة
حبة خفيفة وفيما بعد يكون سيره بطيا بحيث ان كل حلقة تحتاج لحيلة
اسابيع بل أشهر حتى تشفى من مرضها وتقدم من دائرتها كما تقدم ذكره
وبامتداد مدوى الفطر قد يستمر هذا المرض جملة أشهر بل سنين وبعض
الحق يصلات المر بنية باستمرار حتى يترجها وترجها كما هي قد تضاعف بالاجزاء
والمر بين الفطري كثير من الطافات الجلدية يستعصم عن الشفان كان
مهيلا لاجزاء كثيرة الشعر من الجسم ومع ذلك فالشعر الساقط كما دبه قد بعد
الشفاء دائما فمن النادر ان يخلف هذا الطغم مستمر

العلاج

حيث ان هذا المرض من طبيعة فطرية فالأهم في معالجته طرد الفطر وقتله
فبعد وجود تجمعات التهاى شديد يضارب ابتداء بواسطة المراهم المطهرة
والمكحولات الرصاصية وبعد زواله يتدنى بذلك الاجزاء المريضة داسكانويا
بواسطة قطعة من اللف بعد غسلها بالروح الصابون البوتاسى أو الصابون
المعتاد أربعة أيام الى ستة مرة أو اثنتين في النهار وبذلك تنفقد البشرة
وتنقط هي والفطر المحتوية عليه في اليوم التالى ومع كونه من الضرورى
احداث تأثير موضعى قوى لانه هذه الغاية ينبغي ولا بد الاحتراز من شدة
التجمعات الموضعى اذ بذلك تحصل أجزى بما صناعية وان كان الطغم عند اعلى
أجزائه متعددة ينبغي ذلك المحال المصابة بالصابون صباحا ومساء وتتركها بدون
غسل مع صون المحال المتسلخة ثم ينتظر اتمام التفلس الذى يستمر جملة أيام
وبعد ذلك ينظف الجلد بالغسل فان لم تحصل نتيجة تامة وجب تكرار ذلك
وفي أحوال المر بين الفطري لغزوة الرأس وغيره من أجزاء الجسم الكثيرة

الشعر يجب ولا بد تنصف الشعر بمقاط فان ذلك امر ضرورى فى حصول
الشفاء وفى احوال الطغم الغير الممتد المستعصى ينبغي استعمال وسائط
موضعية قوية كالمس بالقطران أو صيغة اليود أو الجلسرين اليودى فى قنرات
متعددة أو تستعمل الوسائط القتالة للفطر السابق ذكرها فى السعفة

المبحث الحادى والعشرون

فى البستر يازس الطفيل على

الطبيعة الطفيلية لهذا الطغم الغير المهم قد استكشفها فى سنة ١٨٤٦
المعلم ايكستيت والفطر المعروف (بالمكروسيورون فرفور) يكون مجلسه
الطبقة السطحية من البشرة وتسهل معرفته بالمكروسكوب فى الاجزاء
الساقطة منها ويتميز عن فطر السعفة والمريس بكون الازرار الكائنه بين
الخيوط الفطرية العديد قوغير الكثيرة الفرع لا تكون مصطفة بجوار بعضها
اصطفافا متسلسلا ومتفرقا بل تكون مجتمعة مع بعضها على هيئة خزم
مستديرة كهيئة قطف المنب وتلقح البتريازس الفطرى وان ثبت
بالخبار لانه يندر حصوله بالعدوى بل الغالب حصوله ذاتيا فيساعد
بكثرة عند الاطفال والخصائص القلنرين الذين لا ينظفون اجسامهم ولا يغيرون
ملابسهم ويكاديو جدد على الدوام فى اجزاء الجسم المغطاة بتلك الملابس
كالصدر والبطن والعنق والخصدين والفخذين ويندر وجوده فى الساقين
ويكاد لا يشاهد فى الوجه والايدي والاقدام فان هذه الاجزاء تكثر نظافتها
وعند الاطفال والشيخوخ لا يوجد هذا الفطر الطفيلي

ثم انه يشاهد فى الاحوال الحديثة على الاجزاء المصابة من الجلد بقع صغيرة
مستديرة صفراء مرة تنسج شيئا فشيئا عند مكثها زمانا طويلا ثم تختلط مع
بعضها فتغطى سطحها متساعا من الجلد وكثيرا ما يشاهد تقلس رفيع نحالى فى
البشرة ويمكن نزعه اذ انما بسهولة بالاطافر والضدغ بالاصبع على الجلد يتضغ
انه يوجد زيادة عن تغير لون البشرة نوع احتقان فى الجسم الحلى ثم ان هذا
المرض الفطرى يكون ذاسير بطئ بحيث ان الاطفال والخصدين يستمر الداء
عندهم جملة سنين بدون اعتناء فى شفاؤه

وقد تختلط البقع البتريازية الفطرية بسبب لونها الاصفر المسمر بالبقع

البيضانية الحقيقية وينذر اختلاطها بالوجات (سواء المخروطة والمرنقة)
فان وجود هذه الأخيرة من سن الطفولة يكسفي في تمييزها عن غيرها
اختلاطها بالبقع الشبيهة التي تظهر في الوجه والابدى اذ من العلوم ان هذه
الاجزاء لا تشبه بها العطر البتر يازى و هكذا يسهل تمييزها عن البقع
البيضاء نية ليجد المحدودة او المنتشرة العروقة بالبقع لسببية

المعالجة

البتر يازس الفطري يمكن معالجته بسهولة بالغسل المتكرر والجلد بالصابون
وتحسرات تغيير الملابس واذا اريد زواله بسرعة وجب ذلك بالصابون
الطبي جملة ايام مع تركه على الجلد بدون غسل ثم الاستحمام

(المبحث الثاني والعشرون في الجرب)

في كيفية الظهور والاسباب

الجرب عبارة عن التهاب جلدى مختلف الاشكال يشكون في اثناء سيره اما
باعتدات او حويصلات او بثور وهذا الاتهاب ينتج عن طفيل حيواني وهو
المعروف بالا كروس الجربى اى قلة الجرب والاشي من هذه الحيوانات الطفيلية
التي هي اعظم حجم من الذكرك يكون طولها نحو نصف مليمتر وبالنظر لها
بالعين العارية توجد على هيئة جسيمات مبيضة مستديرة وعند النظر لها
بالمكرومكوب وتكبر فظهورها بقدر خمسين مرة تظهر على شكل الزحافة فظهورها
المحذب يكون موهما بخطوط مستعرضة قوسية وتتوجأ برؤسا بارزة كثيرة
الطول او قليلته وافقس الجدي من هذا الحيوان يكون ذا رجل هرمية
الشكل لها ستة مفاصل والقديم منه ثمانية والزوج المتقدم من هذه
الارجل يكون موشعا بمخلفات او اقراص مستديرة يتشبث بها والزوجان
الخلفيان في الاناث تنهيان بزوايد مستطيلة واما عند الذكور فلا يكون
كذلك الا اذول من الخلفيين واما الزوج الاخير منها فاه يكون موشعا كذلك
بمخلفات او اقراص يتشبث بها ويخرج راسه من بر ارجله المقعدة وموشعا من
سطحه السفلى بفسكين قريبين منفصلين عن بعضهما بيزاب ويرى من خلال
جسمه الشفاف كل من المعدة والمعاء عتلك بمواد تالية بل البيض المحتوى
عليه البيض في الاناث الملقحة وهذه التي تشاهد بكثرة عن الذكركر تفتب

الطبقة القرنية من البشرة الى الشبكة المبيجة فتكون ميازيب قنوية
 طوفاً بهن خطوط احيانا تزيد عن قيراط وفي هذه الميازيب يوجد البيض
 في ادوار مختلفة من النمو ومحافظة فارغة ومواد ثقيلة مدمرة والذكور من
 هذا النوع قهقر مسالك قصيرة ولذا يصعب وجودها والبيض يظهر انه يتم
 نموه في ثمانية ايام الى عشرة والفقس الجديد الخارج من ثلث البيض
 الدشقي يترك القعر القنوية لانهما توبجفرفه بقرم سامسالك جديدة وبعد
 تفسير غلافه مرارا (اقله مرتان) وتتمام عدد ارجله ثمانية بعد تجديد
 الغلاف الاول يظهر انه يسبح على سطح الجلد في اثناء الليل عندما يكون
 الجلوس ابطا الفراش ثم يتساقط ومن الجائز ان يلداهن ذلك تبحث الاناث
 عن الذكور في غير اثناءه حتى وصلت اثنى مائة من هذا الحيوان الطفيلي
 من جلدته ثمخر الى اخر حبات عدوى هذا الاخير بالجرب فالنوم مع
 شخص مصاب به اشد خطرا ومع ذلك فمن الجائز انتقال الجرب بدون لامسه
 لاوا - مائة مع شخص مصاب به وذلك ان الملابس او ادوات الفراش
 المحتوية على نفس هذا الحيوان يستعملها شخص اخر والقول بان بعض
 المرضى الجربانيون - يربوا مجرد ملاءسة سطحية او مصافحة باليد بالجرب
 لاحقيقة له وليس من المعلوم مقدار الزمن الذي يعيشه حيوان الجرب متى
 بعد من المحال التي يجد غذاءه فيها لكن يظهر انه يسلك بسرعة متى
 وصل وتثبت أدوات الفراش او الملابس والذي يؤيد حقيقة هذا الرأي
 اكثر من مثله بعض الفقس ما ذكره هـ بـ ا من انه يعالج في مارستان
 وينفذوا النفس وخمسائة مريض بالجرب في كل سنة وانه مع عدم تعرض
 الملابس وادوات الفراش لاعتراق مخصوصة لاجل قتل نفس هذا الحيوان
 ولا وضعها في قزانات الغلي او الغسل لا تزيد النسكسات في العدد من واحد
 في المائة

الاعراض والسير

المرض الذي يدل على وجود الجرب ابتداء هو الاكلان الشديد الذي يزداد
 جدا في المساء ومن حرارة الفراش بسبب شدة تحرك حيوان الجرب وهذا
 الاحساس باء كلال لا يشتد فقط في المحال التي تكون غالباً مجلسا لحيوان

الجرب صك الاصابع اليدين وتقلب المعاصم والمساخيل والتدين والعجز
 والصفن والقضيب والاقدام بل كذلك جلد البطن والخصيتين والعظم
 الذي يظهر بالتدريج يعتبره هيرا نوع اجزاء صناعية وينسبهم من جهة التجميع
 للاواسطى الناتج من حيوان الجرب ومن جهة اخرى لتأثير الحرش
 بالاعطاف يظهر في الاصابع والمعاصم وثنية المرقمين وفي جميع المحال السابق
 ذكرها المعرضة لهرش الشديدة كالصدر والبطن والغليظ تعقدان او حلات
 او وصلات او ثور بسدده متفاوت على حسب استعداد الذهن
 فعند الاطفال والاشخاص ذوات الجلد الكثير ان ثور تقي الثوب الجلدي
 بسهولة فيحصل تقعيح وتكون ثور (وهذا هو المعروف بالجرب البثرى)
 واكثر من ذلك دليل على الجرب وجود الميازيب القنوية لنفس حيوانات
 الجرب التي تشاهد بسهولة للتمرن فان كلامنا في التفتحات والوصلات
 والبثور يتمزق بسهولة من الحرش وسحب الى خشك يشاف دموية
 وهذه الميازيب القنوية تظهر على هيئة خطوط قنوية تشابه اثر القسام
 التسمات الخطية الناتجة عن الوخز الخطي للابر في ابدنها في المحال
 التي نغدهم فانفس حيوان الجرب تشاهد غالباً ويصلات ويندر مشاهدة
 - مات او ثور وفي اتمامها تشاهد نقطة رفيعة دائمة او مبيضة تكون موارية
 للمفر الذي وصل اليه النفس الاكروسي واكثر وجود تلك الميازيب القنوية
 في الايدي لا سيما في الجهة الانسية من المعاصم والساعدين وبين الاصابع
 والقضيب ومن الجائز وجودها في جميع اجزاء الجسم ما عدا الراس وينبغي
 لاجل الحصول على النفس الاكروسي وضبطه ادخال ابرة في ابتداء الميزاب
 القنوي باطراف الى اتمامه مع تقزق البثرة المقطية لتلك القناة لثقبه
 البيضاء الصغيرة التي توجد عادة في طرف الابرة بعد هذه العملية هو
 النفس الاكروسي وبوضعه تحت المكرسكوب لا يندر ان يشاهد فيه بيضة
 تخرج بسهولة عند الضغط عليها قطعة من الزجاج من جسم الحيوان والمساك
 الاكروسية التي يوجد فيها البيض تصطبغ بارشاح وحرارة في اجزاء الجلد
 اسكاثنة آفها وبعد استمرار الجرب مدق الزمن يكتسب العظم الذي
 كان ابتداء خفيفا شدة وامتدادا بحيث ان الطفحات التي كانت بعيدة عن

بعضها في الاجزاء الصلبة تختلط ويكتسب الطعم شمسكل الاجزى فما
الجزء التشابة البسيطة او اقشورية وهذا يشاهد عند الاطفال
الذين لا ينهم ان يصير الشخص من عندهم عمرا بسبب امتداد هذا الطعم
الى الوجه وطروء الراس اذ قد يصل اليه الفقس الا كرومى
ولا جل تشخص من الجرب مع الدقة لا يستدعى الحال على الدوام ثبوت وجود
المسالك الا كوسيلة في اغلب الاحوال فان الاكلان الشديد الذى يتردد
كل مساء ويرتقى بكفى غالباً في معرفة هذا الداء ولو قبل انتضاح اذ تغبرى
الجلد وذلك ان ثبت ان المريض كان ملاسا قبل مضى من اماسه لشخص
مصاب بطغم جلدى اكل ويسهل تمييزا لاجزى الحقيقة من الجرب
الذى هو ايضا نوع اجزى بما فاقم نفسه فان كلامنا انفصال الطفح
الجلدية عن بعضها ونزق الغاييم بالحرش وامتداد الدغم على سطح الجسم
لا سيما الاجزاء التى سبق ذكرها وسلامة كل من الراس والوجه والظهر
وThoran الا لامي كل دماء دلل كافى في معرفة هذا المرض وبهما كان شفاء
الجرب خالبا عن الخطر وسهلا تشابة فانه من جسد الى الطباقات العالية
من النوع الانسانى لانه يعتبر من ضاذا نيا خاصا بالفقره وهذا الاعتقاد
انفاسد متسلطان جدا حتى ان قول الطبيب ان الطغم الجلدى الموجود
سهل الشفاء جدا وغير خطر لا يمنع من الرعب الشديد عند القول انه
جرب

﴿العلاج﴾

الغاية الوحيدة المهمة في معالجة الجرب هي قتل الفقس الا كرومى
ويضه المحمية عليه المسالك القنوية بواسطة معالجة موضعية ومنى
تمت هذه الغاية شفت ايضا الطفح الجلدية الناتجة عن هذا
الحيون الفقسلى والحرش المتسبب عنه وعلى اختلاف الوسائط العديدة
المستعملة والموصى بها في الجرب فتعصر على ذكر الموافق منها بسبب الاحوال
فان معالجة الجرب تختلف في الحقيقة باختلاف الاحوال فعند الاطفال
والنساء ذوات الجلد الكثير الحساسية مثلا لا يمكن اتباع المعالجة التى
يجوز فعلها في الرجال ذوى الجلد السميك القوي كما ان المعالجة تختلف ايضا

بحسب اختلاف درجة المرض وكذا بحسب رغبة الاخص بالنسبة لمرحلة
 المعالجة او اجرائها مع الثاني وانما كيد وباطلة فقد يستدعي الحال ايضا
 لاجراء المعالجة ليلا لعدم انقطاع المريض عن اشغاله اليومية او
 التمرين الاقارب مثلا فان ذلك ينوع المعالجة الاعتبارية ايضا وكذا ان
 الادوية المستعملة في الحرب من الامور التي ينبغي ملاحظة ان المصابين
 بهذا المرض يكونون في الغالب من الفقرا وكثيرا ما هو الدوائية استعمالا في
 هذا الداء - وادكان على حالة بسيطة او مركبة هو المصابون الطبي والكبريت
 فان اريد استعمال الصابون الطبي بذلك الجلد لكاثر ياقله مرنا كل يوم
 ماعد الرأس لاسم الحمال التي تكون بحسب الفقس الاكرومي والحربن وانما
 ينبغي ملاحظة الحمال لرقيقة الجلد صيد الاغصا التماسية عن ذلك الشديد
 خوفا من حصول الانتفاخ والالتهاب فلا يدلك منها الا بحصل الطقم فقط
 ولا ينبغي غسل الصابون في أثناء المعالجة ولا تغيير الملابس وينبغي
 بقاء الجرمان في أثناء المعالجة بين أغصية من الصوف عاريا حيث انها
 لا تمتص الصابون ومدة هذه المعالجة تقارب بحسب درجة تغير الجلد وتقوة
 التي قبل ذلك بها فتسكون من يومين الى خمسة ونحو - متى زال الاكلان
 الناجع عن الحرب بالكلية وحل محله الاحساس بالنور والحرقان الذي يميز
 المرض عن غيره وصارت البشرة قشرية ولم يسترد الطمخ وانما من هذه
 الحشية الاخيرة ننبه على انه يحصل عند بعض الأشخاص ذوات الجلد الكثير
 التأثير من ذلك بالصابون اجزاء صناعية فظهور الحبوب صلات ثانيا
 يوقف الزهم خطأ عند المصابين بالحرب بان الشغل يتم وانه يلزم تقوية ذلك
 بالصابون وبعد انتهاء المعالجة بهذه الكيفية ينبغي غسل الجلد واسطة عمال
 حمام ويمكن الحصول على الشفاء بسرعة حتى ما مرضج الصابون الطبي
 بزهر الكبريت او حتى استعمال مرهم مركب اخر ولو كان غمغاليا نوعا
 كمرهم ولكسور الذي نوعه هرا (وهو مركب من زهر الكبريت ومر
 زيت الزيتون من كل ٣٠ جراما ومن الصابون الطبي والشحم
 من كل ١٥٠ جراما ومن الطباشير ١٠٠ جراما) واما طريقة المعالجة
 الصريحة للعلم هردى التي يهاهمكن مثل الفقس الاكرومي فاما توافق

الاثنا عشر ذوات الجلد القليل التأثر من الذي كور ولا ياتي في الجامع العظيمة
 من القشلاقان اذ بهذه الطريقة يتفق الحال عن تعيين حال مخصوصة
 الجرباندير وهي عبارة عن ذلك بالصابون العتيق نصف ساعة ثم استعمال
 حمام فاتر مدة ساعة مع امتداده الى ذلك ثم اخير اي ذلك بجمع الجسم مدة
 نه ثم ساعة بمرهم هلمريك المركب من (زهر الكبريت ١٥ جراه
 كربونات البوتاسا ٨ جرام ثم ياتي ٦٠ جرام) واكثر من هذه
 الطريقة في الشهرة ولا استعمال طريقة المعلم فلم ينكس كما تقرر استعمالها
 في المستحضر الجليبيكي وهو ان المصاب بالجرب يستعمل ذلك في حمام فاتر
 بواسطة قطعة من الصوف لاجل الالة ابشرة ونزع المساك الا كروسة
 ثم يدلك بالصابون العتيق او بالصابون الاعتيادي ثم يمسح في
 الحمام قدوة نصف ساعة ثم يستعمل المحلول الكلسي الكبير يتي للمعلم فلم ينكس
 الذي فوهه المعلم الكيمادى اشتيد المركب من (كلس حذر مال وماء عذبة
 مقدار كافي لتنام انطفاء الجبير) ثم يمسح ويضاف له من مسكربيت
 العامود طالان وبطريق في عشرين رطل من الماسحتي يصير مقدار السابل اثني
 عشر رطل ثم يرشع وهذا المحلول يدلك به كالصابون لكن مع غاية الاحتراس
 ونسبة الزمن في جميع اجزا الجسم المصابة ثم يستعمل حمام فاتر الى تمام
 الساعتين ثم ينظف الجسم من جزئيات الكبريت المتعلقة به بواسطة
 الضلالت الباردة وجميع هذه الطرق العلاجية المبرية لا يجوز استعمالها
 عند الاثنا عشر ذوات الجلد الرقيق والاعمال وبدلاء عن هذه الطرق
 العلاجية المذكورة يستعمل الا في معالجة الجرب طرق علاجية اخر
 فخير كريمة لادوية طريقة المعالجة بمرهم البلم البروفيسا والامتيكس
 السائل اى الميصة السائلة فاما البلم البروفيسا الذي اوصى به في العصر
 الجديد المعلم جيفرت في معالجة الجرب فيظهر انه سم قوی قتال للفقس
 الا كرومي فيقتله تبه ما لم يترك هو وبيضه في ظرف عشرين اواربعين
 دقيقة حتى لامسه هذا الجوهر بدون واسطة وهذا المساجة تبتدأ بامتهمال
 حمام فاتر لاجل الالة ابشرة ثم يدلك بجميع الجسم بعد ذلك ما عدا الراس بهذا
 البلم مع غاية الاحتراس ويعتني خصوصا بذلك الاجزاء التي تكون المجلس

الاعتناء بقس الاكروسي كالايدي والاقدام والمفاصل المعصية
 واقطن والصفن والتدبين والاليتين والمقدار الذي يستعمل في هذه
 المعالجة يكون من عشرين الى ثلاثين جرما ويداك هذا المقدار في ظرف
 يومين على اربع مرات وتستبدون تغيير الملابس ثم يستعمل حمام عوي
 فائر لاجل التنظيف وان هذا الجوهر يستعمل على طريقة المعالجة المربعة
 بمعنى انه يدلك به بالطريقة السابق ذكرها بقدر ١٠ جرعات الى ١٥ ثم
 يستعمل حمام صابوني ولاجل زيادة التأكيد ينبغي تكرار هذه الطريقة بعد
 يوم او اثنين وفائدة المعالجة بالبلسم البروفياني العظمي هي كونه لا يهجم
 الجلد ولا يلهيه ولا ينشأ عنه احساس بحرقة وان كونه غير كزيب الرائحة كغيره من
 الوسائط العلاجية المستعملة في الجرب بل انه جيد الرائحة واما الاستبركس
 اي الميعة السائلة فقد اوصى بها سطو وذكر انها واسطة جيدة في معالجة
 الجرب وينبغي مزجها بزيت الزيتون (بقدر ٣ جرام من الميعة السائلة على
 ٨ جرام من زيت الزيتون) ويدلك بهذا المقدار على مرتين كايديك بالبلسم
 البروفياني وذلك بعد استعمال حمام فائر والميعة السائلة بالنسبة لتأثيرها
 ليس لها وجه تفضيل عن البلسم البروفياني وانما الغرض مما ذكره هو كونها
 لا تلوث الملابس تفضل ولا بد عنه في معالجة الفقراء والممارساتات واما
 تنظيف الملابس بالتبخير في درجة حرارة من ٧٠ الى ٨٠ فلا يعتبرها
 اغلب المؤلفين ضرورية كقول حبرا وكون القس الاكروسي قليل
 الوجود في الملابس دون ادوات الفراش انما ينبج من كون حرارة الفراش
 تجذب القس الاكروسي الى السطح الظاهر من الجسم

(في تغيرات الافرازات الجلدية)

يجهل على سطح الجلد يادع عن التبخير الجلدي تغير المحسوس من خلال
 البشرة افرازات خسائل وقتي من الغدد العرقية وهو المعروف بالافراز العرق
 وينضم لذلك الطبقة الدهنية الجلدية المنفردة من الانجربة الدهنية وجميع
 هذه الافرازات قد يعتبرها تغيرات كما وكيفا ومع ذلك فهذه التغيرات ولا سيما
 الشروط التي تتم بها ليست معروفة كل المعرفة وقد ذكرنا في عدة محال من هذا
 الكتاب جملة تغيرات مهمة في افراز العرق مرتبطة ببعض امراض

مخصوصة فلا حاجة لان تذكر ان فاهور العرق في الاغراض الحية وان هل على
 اتقاء هو الجودة والتحصين في حالة المرض احيانا لكنه في احوال اخرى قد
 لا يكون له ادنى اهمية بل يضر عند ازدياده اذ يادى عظيم كما ان انقباضه على ان
 كلام الصفة الجافة للجلد او الرطبة لا يدل دلالة كبيرة على كمية الماء التي
 تنفرز بواسطة الجلد في زمن معين بل انه عند المرضى المصابين بأمراض حية
 ذوات الجلد الحار جدا يكون جلدهم قهلا جافا ولو مع ازدياد الافراز المائي
 متى كانت شروط التفضير الجلدي السريع قوية ثم انه زياده عن الشروع
 المألوفة المحدثة لازد يادى افراز العرق وهي احواء الدم على كمية عظيمة
 من الماء بالشرب الغزير وازدياد الضغط الدموي الباطني في المجموع
 الشرياني وفي الاعبنة الشعرية للغدد العرقية تبعا لذلك توجد اسباب اخرى
 قابلية الوضوح لها بعض تأثير من هذه الحبيبة اذن المعلوم ان للاعصاب
 الحسية من الدماغ نوع تأثير منعكس على الافراز العرقى والذي يؤيد ذلك
 العرق الذي يحصل بواسطة الانفعالات النفسية كاستنقااع الجلد واهوارده
 وكذا الذي يحصل من مس اللسان بفرضه بواسطة جواهر مبهية كما ثبت
 ذلك بالتجارب وبالجملة توجد مشاهدات من العراق لجانبى لاحدى جهتي
 الوجه والجمجمة تعتبر ناتجة عن تغيرات مرضية في العظام السنية اتوى العنق
 الجهة المصابة بالعرق

ثم ان العرق في بهر اجزاء الجسم تنتشر منه رائحة غير جيدة كثيرة او قليلا
 في الحلة الطبيعية لكننا قليلة الوضوح بحيث لا ندرك الا عند تعرية تلك
 الاجزاء وقت كالاطير والاعضاء التناسلية الظاهرة والباله والاسطحة
 المتلاصقة من اقدمين وهذه الرائحة هي والصفة الحسية للعرق تنجم عن
 حش شمعى سائب ينسب لتحلل شمعى في الاخيلة الغدنية العرقية التي
 تحتلها بالسائل العرقى المنفرز من الدم فيوجد عند بعض الأشخاص في احد
 اجزاء الجسم لاصم الدم ميز يادى عن كثرة افراز العرق حالة تحلل مريع
 ويشترك في هذا التحلل ايضا افراز الجرابى الدهنى وبذلك تنشا رائحة
 كريهة للغاية تشابه الحوامض الشمعية فيشاهد ان الافراز الجادى
 الغزير المتعفن لا يفسد من جراب الاقدام فقط بل ومن نعالها ايضا فينصعد

منه رائحة كريهة للغاية عند مثل هؤلاء الأشخاص سيما القليل النظافة
منهم مع ان العرق المنفرز من جديدهم من ارجلهم المفصلة فسلاب جيد لا يكون
ذ رائحة كريهة وينضم لهذه الرائحة عند مثل هؤلاء الأشخاص التي تعوقهم
من حكة كثيرة الاختلاط مع غيرهم ان العرق الغزير يحدث تعطنا ولينا
في الطبقة البشرية لا تحس القدمين وجانبيهما بحيث ان هذه الطبقة تنفصل
على هيئة مادة دهنية وتصير لادمة ذات لون احمر كثير الحساسية
بحيث يتعذر لبس النعال والمشى بها والرأى القديم المنتشر من ان الشفاء
الذاني أو بالصناعة لعرق الاقدام المنتن خطر جدا لكونه يعقب بأمراض
باطنية مهمة لم يزل معتقدا عند كثير من المؤلفين لكن المعلم هيرالميزل
معهما على الرأى القائل به من منزل من طويل من ان شفاء بعض الأمراض
عقب ظهور العرق القدي وبالعكس أى فاهور أمراض اخر عقب
انقطاعه يعتبر من الامور التي ان شوهدت حقيقة تكون من المصادقات
او هو الغالب يعتبر خطأ ناشيا عن عدم مشاهدة سير الأمراض بالذرة
والذى ثبت لنا من هذه الحيشة ان المرضى الذين ينسبون بعض الأمراض
الزمنة عند عدم لانقطاع العرق القدي يدل البعث الجيد عنهم - عادة على
ان زوال العرق القدي ليس سببا في هذا المرض بل نتيجة له بمعنى ان
ذلك الانقطاع يكون قد نتج عن الانيميا الناشئة عن هذا المرض وبالنسبة
لمعالجة العرق القدي المنتن يمكن ولا بد من الاحوال التي فيها لا يسمح بزوال
هذا العارض خيفة من حصول عواقب مقهمة او التي توجد فيها أمراض
مزمنة تظن المرضى بتثاقله ان شفيت من العرق القدي المختن تحسبن
حالتهم بدون شغائهم وذلك باستعمال النظافة التامة بغسل الاقدام صباحا
ومساء بالماء البارد القراح او بالمزوج بالخل او بمحلول اثنين ونحو ذلك مع
تغير الجرابات كل يوم على التعاقب ولبس النعال التي لا تمنع التصاعدات
الجلدية القديمة وفي آن واحد يمكن ذر مصوق الكبريت النباتي او النشادر في
الجرابات قبل لبسها او وضع فتائل من النسالة بين اصابع القدمين متباعدة
بهذه المساحق ومن جملة الوسائط المستعملة ايضا بكثرة مصوق ملح الطرطير
فان لم يكتف المرء بوضع استعمال تلك الوسائط وجب استعمال طريقة هيرا

وهي أن يدهى بالمرهم المشهي (الأنخوف من لصقة المشع البسيطة ومن زيت بزركشان أجزاء متساوية وتعمل مرهما) قطعة من البفت عريضة وتوضع على انحنى القدمين بعد نظافتهما جدا ثم توضع اثريطة من البفت أيضا مدهونة بهذا المرهم بين الأصابع ثم تغلف القدمان كلية بطرفي الرفادة والقدم المصاب بهذه الكيفية يلبس بالجراب كالعادة وتبعا للمهرا يحدد الغيار في كل ١٢ ساعة ويجفف القدم بحرق جافة بدون غسل ولا استحمام ثم يغير على المريض كل مرة وعلى حسب اختلاف شدة هذا المرض تكرر هذه الطريقة ثمانى مرات أو ١٢ وفى أثناء هذا الزمن يكون المريض بالخوف من زوال المرهم من على انحنى القدم عند الوقوف أو المشي ولا يغسل القدم إلا بعد زوال الطبقة البشرية القديمة على هيئة قشرة مسمرة مفرات تكون طبقة بشرية جديدة مبيضة وهذه المعالجة تكفى فى معظم الأحوال لحصول شفاء مستمر تام أو أقل يستمر سنة أو عدة سنين ويجب أن يمكن تكرار هذا الطريقة وقد أكدنا العلم غير أنه استعمال هذه الطريقة مدة عشر إلى ستة فى مائة من الأمراض بدون مشاهدة أدى ضرر بعد الاستعمال حالاً ولا يجعل سنة وفى الأمراض الحمية الشديدة التى ابتدأ الإفراز العرق بعد جفاف الجلد المستطيل يجد ولا بد العرق النابغ بعض المسام متسندا بسبب تراكم اخلية بشرية فيها وحينئذ تجمع أسفل الطبقة السطحية البشرية مكونة لحوصلات مائية شافقة فى حجم حب ابي النوم الى حجم حب الشهدانج ويوجد فى قمة تلك الحوصلات الصغيرة القوهرات المنسدة تبعاً ليرتسبغ وهذه الحوصلات العرقية المبر عنها بالذخر الشفاف يسهل ولا يذمى به بمحصله الشفاف ذى الخواص الخفية وبعدم وجود الاحتقان الجلدى حوله عن اشكال الخنية الانتهاية المسماة بالخنية الحمراء وهذه الحوصلات الشافقة تشاهد ذى الجهة المقدمة من الصدر والبطن والعنق اعنى فى الاجزاء النسيج المعرضة للاحتكاك عند الاستلقاء على الظهر كما هو الواقع فى الامراض الحمية الثقيلة وهذه الحوصلات الشافقة أهمية فقط من حيثية وجودها فى الامراض الحمية الثقيلة الشدة الطويلة المدة التى تحدث جفافاً مستطيلانى

الجلد يؤدي لانحداد مسام العرق ولما تغيرت افراز المادة الدهنية فنذكر
 منها ابتداء ازدياد الافراز الدهني الجلدي المعروف بالسيلان الدهني
 وهذا الافراز يحصل في جميع اجزاء الجلد ما عدا راحة اليدين واخمص
 القدمين التي تفقد منها الاجزبة الشعرية والغدد الدهنية ويكثر وجوده في
 اجزاء مخصوصة ككفوة الرأس والوجة والحشفة والبطر ومع ازدياد
 هذا الافراز يحصل غالباً تغير في صفاته الطبيعية فان المادة الدهنية
 الجسدية تبقى سائلة في الحالة الاعتيادية عند ما تكون حرارة الجسم
 طبيعية واما في احوال السيلان الدهني فانهما تبقى متكاثفة وهذا يترجمه
 بازدياد المادة الشمعية الصلبة عن المادة السائلة المعروفة بالاولاين
 وعند ما يبقى هذا الافراز سائلاً يظهر جزء الجلد المنطلي به كالانف والجبهة
 وجلد الرأس والشعر ما عدا مكانه منطلي بالزيت والمرهم وعند وضع قطعة
 من الورق غير المنشئ عليه تظهر فيه بقع دهنية ومثل هؤلاء الاشخاص
 يصبرون كثيراً في الوساخفة فان الجزئيات انثراوية تبقى متعلقة باجزاء الجلد
 الدهنية واما في احوال السيلان الدهني التي يبقى فيها الافراز متجمداً فيكون
 جزء الجلد منطلي بطبقة رقيقة أو ضخمة قشرية تظهر في الاجزاء المغطاة
 كالغلفة ذات لون ابيض سنجابي واما في الاجزاء الغير المغطاة فانها تظهر بلون
 مختلف فتكون سنجابية أو مسمرة أو مسودة وذلك لما لقي الاثرية بها وعند
 الاطفال الذين يوجد عندهم افراز دهني غزير في فروة الرأس قد تشاهد
 طبقة قشرية دهنية سنجابية أو مسودة سيما حذاء البواقف خصوصاً عند
 قليلي النظافة منهم وهذا ما يسمى بالقشرة الدهنية للرضع وعند نزع هذه
 القشرة بلطف قد يشاهد في سطحها الباطن امتدادات مستطيلة حذاء
 القوهرات الممتدة للغدد الدهنية وهي عبارة عن السداد الدهنية الرقيقة
 المائلة لوهتها ويكون الجلد اسفل هذه التراكمات غير متغير أو قليل
 الاجرار وبذلك يمكن تمييز السيلان الدهني عن الاجزيم التي فيها يشاهد
 الجلد عقب نزع القشرة ملتئماً أو متشاعاً ومع هذا ينبغي ان الافراز الدهني
 في الجلد الرقيق يمكن ان يحدث اجزيماتاً بسيطة وفي احوال عديدة اخر من
 السيلان الدهني قد تكون المادة المتفرزة جافة بحيث تسقط على هيئة

قشور صغيرة فضالية (وهذا يعرف بالسيلان الدهني الجاف أو التضاق)
وكثير من الطفحات الجلدية المتصفة بوجود قشور رقيقة يعدم
هذا القليل سيما البتر يازس الرامى فهو نوع من السيلان الدهني الجاف
تكثر مشاهدته عند النساء والشابات المصابات بالخلو روز والانيميا
والاعتري من اضطرابات حيوية وفي مثل هذه الحالة تسقط الطبقة الدهنية
الجافة عند التمشيط أو الحرش على هيئة قشور فضالية تبقى متشبثة بالشعر
أو تسقط على الملابس وقديمنهم لتسكن ونها سقوط الشعر وهذا الذي
يلجى المريض لندب الطبيب ومعالجة السيلان الدهني ينشئ فيها
بالأنة القشور الدهنية بواسطة زيت الزيتون أو غيره من المواد الدهنية ثم
تنظيف الرأس بالماء والصابون ولاجل منع تجدد هابتبى تكرار ذلك
بالزيت والفصل بالماء الصابون أو بالاكسول المضاف اليه قليل من ماء
المسكة أو الايتير يومافيوما واما في احوال السيلان الدهني الرامى
المستعصى في البالغين فلا تسكنى هذه المعالجة وحيث يذيعم للموائط
السابق ذكرها الفصل بروح الصابون البوتامى بل وعند احمرار جلد
الرأس أو ارتشاحه يستعمل مرهم الراسب الابيض أو المس بالفرشة
بروح القطران (المركب من زيت الكافور والاكسول اجزاء متساوية)
وان كان السيلان الدهني متعلقا باصابات مرضية أخرى كمرض الاعضاء
التناسلية أو الانيميا أو الداء الهرى ونحو ذلك يحتاج ولا بد لمعالجة عومية
لأنه ولذا ان ائذار الاحوال المتعلقة بمرض منهنك تقبل كالكسل أو الصرطان
غير حميد وقد ذكر هير انه شاهد منفعة عظيمة في استعمال الحديد مع الزرنيخ
كما رعى به نيلسون والشعر الساقط قد يظهر ثانيا في الاحوال الجيدة لسكن
القالب ابينى خفيفا

وهنا نوع آخر من التغيرات المرضية للاجربة الدهنية فيه الافراز الدهني
وان لم يسترته تغير كما ولا كيف لا ينقذ الى الخارج بقدر ما ينفرز وحيث
تجمع المادة الدهنية في الجسراب الدهنى اعنى في قناته فتتكون
اورام دهنية احتباسية واهمها ما يسمى بالكوميدو اى السدد الجرابية
الدهنية وهو عبارة عن تجمع مادة دهنية في الاجربة الجلدية وفوهة

قنواتها وهذه السدة تعرف بتلون الاثرية الميتمعة على سطحها بلون مسود
 فتظهر نكت مسودة عليها والقناة الجرابية تمتد وتعدا عظيم السدة
 الدهنية بحيث ترتفع على هيئة عقدة وعند الضغط على هذا الجراب يفتح
 ساحة قوته بمقابل لثلاثة السدود من السدة الدهنية يخرج من فوهة
 هذا الجراب مصل عجيني يكسب شكلًا خيطيا وهذه المادة تختوى على
 خلايا دهنية ومادة دهنية سائلة وأخلية بشرية وبلورات كولسترينية في
 السدة القديمة ثم ان النسب بين السدة الدهنية والتهاب الاجربة الجلدية
 قد سبق شرحها عند الكلام على الاكسنة الاعتيادية وقد تنتشر السدة
 الدهنية في الوجه والصدر والظهر بسدة عظيم جدا بحيث تحدث تشوها
 عظيما وتحتاج للعلاج ومعالجة السدة الدهنية يتبدأ فيها بالانثة السدة
 المتبسة المائلة لها بواسطة ذلك المتكسر بالزيت أو المضاد للغائر
 ثم تعصر السدة الدهنية بواسطة مفتاح ساحة أو مكبس السدة الدهنية ثم
 تستعمل الميهات الموضعية بالفصلات الباردة المتكررة مع ذلك القوى
 أو الغسل بماء الملكة أو الطلابروج الصابون البسوفاسي كل مساء أو بماء
 الفصل للعلم كوميل فيلد كما ذكر في الاكسنة

﴿تذييل﴾

لما كان كتابنا على طبق الطبعة الثامنة وجارينا التاسعة فيما استدر كته
 عليها من الفوائد وكانت الثامنة خالية عن المبحثين الآتين احببنا
 ان تأتي بهما كي لا يخلو كتابنا عنهما تميمًا للفائدة لتسكون صلتهما على اهل
 هذا الفن عائدة حيث انهما يعتبران من التولدات المرضية الجلدية الجلدية
 * (المبحث الثالث والعشرون في الاسكايرودرمي) *

﴿أى الاورام الجلدية اليابسة أو التيبسات الجلدية﴾

الاضغاثات الجلدية والتولدات الجلدية التي تحصل في الجلد عديدة جدا
 وقد شرحنا كثيرا منها في مبحث الاضغاثات الجلدية كما وان كثيرا منها يتعاقب
 بفن الجراحة فلا نطيل به وانما نخص بالذكر في هذا المبحث المرض النادر جدا
 المعروف بالاسكايرودرمي الذي شرحه ابتداء تر بال يغاية الدقة وذ كر أن
 اسبابه مجهولة وانه يحصل في جميع اطوار الحياة ولا سيما في السن المتوسط
 وفي النساء اكثر من الرجال وينشأ عن نوع تمويطي في المنسوج الخلقى للجلد

ثم ظهور فيه فيعقب ذلك تكون التيبسات الواضحة في المنسوج الخسوى
الجلدى وتحت الجلد التى يكثر ظهورها في الاجزاء العليا من الجسم كالوجه
والايدى والذراعين والاصابع فيصير جلد هذه الاعضاء يابسا كلوح
الحشب ويكون اما باهت اللون أو عجم أو يجمعتيا وحينئذ لا يمكن رفعه على
هيئة ثنية بل يكون ملتصقا بالنسوجات التى تحته التصاقا متينا ولذا ان
تقاطيع الوجه تميز شسبية بصورة حجرية وكل من الشفتين وجناحي
الانف يحصل فيه قصر وتكون الاصابع فى حالة انثناء مسقر ثم ان هذا التغير
المرضى يمكن ان يمكث سنين ومتى حصل انكماش وظهر في الجلد صار غير
قابل للشفا لكن قد شوهد في ادواره الابتدائية نوع شفاء تام أو غير تام في
فخذ الجلد وتيبسه ولكن هذه الغاية يظهر انه لم يحصل عليها باستعمال
الحمامات والادوية الملبنة ولا الاستعمال الظاهرى بل ولا الباطنى
بالمزج الزيتى ويودور اليوتاسيوم بل باستعمال معالجة مقوية بالمركبات
الحديدية وزيت كبداخوت والاعذية الجيدة وطبيعية هذا الداء لم تمنع
الى الان فذهب به عنهم الى ان السبب الاصلى لهذا التغير المرضى الجلدى
ناشئ عن ركود المادة الينفاوية في الجلد بسبب تكاثفها وذهب آخرون
الى انه ناشئ عن تغير مرضى في الاوعية الينفاوية وحينئذ فهو يقرب من
داء الفيل العرى كما ان غيرهم من المؤلفين الذين يعتبرون انه يوجد
زيادة عن التغيرات المرضية في الجلد تغيرات اخرى في المفاصل والعظام
والسلايمات ونحو ذلك ذهب الى ان السبب الاصلى لهذا الداء عبارة عن تغير
مرضى عضى غمضى في المجهود العقدي العصبي وهذا هو رأى الاطباء
الفرنساويين

ثم ان هذا الداء في البالغين يخالف بالكلية شكل التيبس الجلدى للاطفال
المولودين حديثا المعروف بتيبس التمسج الخسوى للمولودين جديدا وهو
يصيب الاطفال الضعاف البنية غير تاي الحياة الرحمة الرديئى التغذية او
المعرضين لتأثير البرد في الاربع عشر يوما الاول من الحياة وهذا التغير
المرضى يتصف باضطراب عظيم في دورة الاجزاء الظاهرية من الجسم
والمخطط عظيم في درجة الحرارة وتيبس في الجلد والمنسوج الخسوى تحته

ويتبدئ عادة في الأطراف السفلى المعرضة لتأثير البرد ومنها يتبدسرغة الى
 الجذع والأطراف العليا والوجه وأجزاء الجلد المصابة تكون أسياناً متفتحة
 اتفخا واذيما ويتم تصير متبسة كالواح الخشب وباهتة اللون باردة وقد تكون
 سيانوزية وجميع الحركات تكون ماقبة بسبب تيسر الجلد وتضعف الرضاعة
 بسبب جشادة الشفتين والوجنتين وبعبء ذلك الموت يتقدم انخفاض درجة
 الحرارة (التي نخطأ أحيانا أكثر من العشر درجات مائنة عن الحالة الطبيعية)
 ومن النادر حصول الشفاء عقب ارتفاع الحرارة وزوال التيسرات الجلدية
 ويتضح من الصفات التشرية زيادة وجود أوديما خفيفة في الجلد
 والطبقات الغائرة أسفل منه حالة تعجز في الطبقة الشعيرية تحت الجلد
 فتصير شمعية وهذا التعبد يصير نتيجة لانخفاض درجة الحرارة وفي
 الغالب توجد بقايا تغيرات مرضية آخرت فصل مع التغير المرضي الجلدي
 في آن واحد أو تكون قد صلت من قبله ونجم عنها تأثير ضئيل في الدورة
 الدموية وذلك كالمهبط الرئوي والالتهابات الرئوية والافات العضوية للقلب
 والتزلات والقروح المعوية وهذه الاسباب المرضية هي التي ينبغي اعتبارها
 ابتداء في المعالجة فانه يجتهد بالخصوص في تحسين حالة التغذية وتقوية
 الدورة الدموية بالتغذية الجيدة بواسطة لبن الامهات أو دقيق الاطفال
 اللبني للنسلى أو لبن الابقار الذي يحتمل به عند تبسر الرضاعة وهكذا
 بواسطة التدفئة الصناعية بالتغليف بقطع من الصوف مدفأة

المبحث الرابع والعشرون

(في الجزام المعروف بداء الفيل اليوناني)

الجزام الذي كان يخشى منه بالكلية في العصر السالفة ولم يزل متسلطا
 تسلطنا وطنيا في بعض البلاد كان منتشر في القرون السابقة في جميع أوروبا
 تقريبا ثم زال في القرن الخامس عشر من متوسط أوروبا بصقته الوطنية ومع
 ذلك قد تشاهد احوال متفرقة من هذا المرض في البلاد التي لم يكن
 متسلطنا قريبا تسلطنا وطنيا ومعارفنا الباتلوجية بالنسبة لهذا المرض
 وإن كانت قد ازدادت ازديادا عظيما بأبحاث كثيرة من المؤلفين ومن جعلتهم
 عرشا وهربا وفرج هوف لم تزل مع ذلك كيفة ظهوره بمجملها علينا وانما

المحقق الآن ان التوارث العائلي ثابت في بعض احوال هذا المرض ولنه
 غير معد بالكلية ثم ان الجزام وان ظهر بأشكال مختلفة تدل ولا بد
 اشكاله المختلفة على ان التغير المرضي واحد في جميعها وان اختلافات
 اشكاله ومن اشكاله العديدة المختلفة يظهر ان المعول عليه تمييز اشكاله
 الى ثلاثة الاول الجزام النكثي والثاني الجزام الدرني والثالث
 الجزام الحدرى وهذا المرض يندر ابدء قبل السنة السابعة الى العاشرة
 وفي الغالب يحصل في سن اثنى عشر سنة ويندر ظهوره في السن المتقدم
 وعادة تطرأ قبل الظواهر المرضية ببعض اسابيع او اشهر بل وسنين
 اضطرابات بنائية عومية كالهبوط والقشعررات واضطراب الشهية وتغير
 الاخلاق والام متغيرة وحركات حية مسائية وفي الشكل النكثي يظهر في
 الوجه والاطراف وغيرها من أجزاء الجسم نكت صغيرة او عقليمة مختلفة
 الطبيعية فتكون اما على صفة نقط حمر بسيطة تزول بضغط الاصبع او
 على هيئة نقط بجمتية مسمرة او تكون على شكل بقع مبيضة لماعة باخذة
 المادة المسلوقة للجلد وهذا الشكل قد يستمر على هذه الصفة او يتضاعف
 بظواهر الشكليات الاخرى واما الشكل الدرني ففيه تتكون على أجزاء
 الجلد التي فيها يقع جزامية او في السليمة منها عقد من حجم حب الشهد انجح الى
 حجم البندقية مؤلمة عند الضغط او ارتفاعا عن سطحية مرتفعة وهذه
 العقد تكون امامة عزلة عن بعضها او متقاربة جدا في بعض أجزاء الجسم
 لا سيما في الوجه والجهة الانسية من الحجاب (وهذا ما يسمى بداء
 الاسد) والشفين والاطراف العليا والجهات الباسطة من المفاصل وظهر
 اليدين والاصابع والقدمين بحيث إن حركة الاطراف تصير مؤلمة او تعذر
 بالكلية وفي الغائب تصاب ايضا الاغشية المخاطية للفم والحلق والخجيرة
 والانسف وكذا الملتحمة والقرنية وقزحية العين المصابة وذلك بعد مضي
 عدة من السنين والعقد الجزامية يمكن ان تقامع سيرها وتلاشي بعد
 استمرارها زما طويلا ويختلف ذلك بقع مسمرة بجمتية أو أجزاء ضامرة
 من الجلد ويندر حصول لين وتقيص في تلك العقد او تحكون قروح مغطاة
 بقشور ان كانت تلك العقد مرضة للاحتكاك والضغط وهذه قد تشفى ايضا

ومع ذلك قد يحصل من ثلاثي العقيد وتكررها نكباتها رقتهم من العظام
وتنفخ المفاصل لاسيما مفاصل اصابع اليدين والقدمين ومفاصل المصمين
والقدمين

ثم ان الشكل الجلدري الجلدي وان انضم الى الشكل النكتي والعقدي من
الجزام الا انه يميز له شكل خدري قائم بنفسه فيه شلل الاحساس يحصل
من الابتداء في اجزاء من الجلد لم تكن مصابة باحد الشكلين السابقين
ويكون ظهوره فيها يسبق ثوران في حساسيتها وقد الاحساس يمكن ان
يكون شاعلا لاجزاء صغيرة او عظيمة من الجلد كما انه قد يزول من الاجزاء
المصابة في الابتداء ويغير محله وقد يكون قاصرا على احد انواع الاحساس
كفقد حساسية الالم مع وجود حساسية اللمس ثم تصير الاجزاء المصابة بفقد
الحساسية ذات لون ياهت ويخرج مسفر وتقع في الضمور وكذا عضلات الوجه
واليدين تشترك في الضمور وقد يحصل في الجهة الباسطة من مفاصل
السلاميات المنقبضة هي وغيرها من المفاصل رقة وتقب في الجلد فينشأ
عن ذلك مسافة من الاجزاء الرخوة ضعيفة فاخذ الحسية تتسع شيئا فشيئا ثم
ينتهي الحال بمحصول تعرتام بل وانفصال بعض السلاميات يؤدي ولا بد لنشوء
تام في الاعضاء (وهذا ما يسمى بالجزام المشوه) وكل من فقد الاحساس
الجلدي والاضطرابات الغذائية السابق ذكرها أدى لابقاؤا المؤلفين الى
حالة المجموع العصبي وفي الحقيقة وجدت بكثرة الجذوع العصبية الدائرية
العظيمة منتفخة انه فاعا عقد يابل وجدت تغيرات في المجموع العصبي
المركزي من المالدانلسن وغيره لاسيما تراكمات يمحنتية فيها ونحس ومن
الجازرات في المستقبل يستدل بواسطة طرق البحث الجديدة للعصر المتجدد
على تغيرات منها تنضج طبيعة هذا المرض فقد شاهد بعضهم في حالة من
الجزام الذاتي في جيسن ليثا نخاعيا عظيما في الجوهر الشبكي لا عدة
كلارك والقرون الخلفية من النخاع بحيث انه في مثل هذه الحالة
يعتبر ولا بد مرض النخاع الشوكي سببا للجزام وبما يؤيد التشابه بين
الجزام وبعض الامراض الجلدية المعتبرة امراضا عصبية ككثرة وجود
الفقاعات البمفيروسية (المعروفة بالدمعجوس الجزامي) كما وان الذي

يؤيدان يتبوع هذا المرض النخاع الشوكي هو الميسل العظيم للظواهر
الجزائية في ظهورها ظهورا متنامسا مستويا
وانذار الجزام غير جيد فان هذا الداء يؤدي للموت غالباً ولو بعد سنين بارتقاء
التهوك وقد وثقنا ببعض الاعضاء وفقد الابصار وهو ذلك او بواسطة
طروء من من آخر واحياناً يكون سيره ضعيفاً للغاية فيستمر عدس سنين بل
وفي بعض احوال استثنائية قد يحصل تعاف في هذا الداء وشفاء بوجود
وسائط ظاهرية صحيحة جيدة

(المعالجة)

معالجة هذا الداء قليلة الجدوى جداً تبعاً لما شهدنا اغلب المؤلفين
المستعدين فانه لا توجد واسطة علاجية من التي كانت تعتبر على مر الأزمان
نوعية في هذا الداء تايد نجاحها بالتجارب وانما الذي يفضل الجراؤه على
حسب التجارب تبعيد المرضي من الاماكن المملوطة فيها الجزام وتعريضها
لشروط صحية جيدة مهما امكن مع استعمال النظافة والاعذية الجيدة
والهواء الجيد وتستعمل المركبات الحديدية وزيت كبد الحوت والمركبات
الزنجية وعلى حسب التغيرات الموضعية تتخذ الوسائط العلاجية العرضية

﴿في أمراض أعضاء الحركة﴾

* (المبحث الاول في الالتهاب المفصلي الروماتزمي الحاد) *

﴿المعروف بالروماتزم المفصلي الحاد وبالالتهاب المفصلي المتعدد الروماتزمي﴾

* (وبالتقرص الطيار وبالحدار المفصلي) *

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

ليس عندنا الآن شك في ان الاصابات المفصلية الالتهابية لحداء الروماتزم المفصلي الحاد ليست ناتجة عن تغيرات موضعية بل انها تعتبر ظواهر مرضية عرضية لتغير مرضي عمومي والذي يؤدي بذلك ظهور الالتهاب في مفاصل متعددة وبعيدة عن بعضها وانطفاء الالتهاب في أحدا المفاصل وظهوره في مفصل آخر لم يكن مصابا من قبل وكذا اشتراك القلب في الالتهاب بكمية هو وغيره من الاعضاء الباطنية وكذا بقزارة العرق الواضحة لكن طبيعة هذا التغير المرضي العمومي المظنون وجوده لم تنضح الى الآن ويوجد من ذلك نوعان من النظريات متضادان لبعضهما احدهما يقول بان ينبوع هذا المرض انما ينشأ عن تغير في الاخلط ولا سيما الدم بسبب اختلاطه بكمية عظيمة من حمض اللبنيك المتكون تسكونا مرضيا وثانيها يقول بان ينبوع هذا المرض تغير مرضي عصبي ينتج عن تجمع مرضي في المراكز العصبية الوعائية الغذائية وهذه النظريات ترتكن الى ميسل الاصابات المفصلية في الظهور بكيفية مساهمة والى وجود أفات مفصلية متعلقة ولا يد بتغيرات مرضية في النخاع الشوكي

ثم ان الروماتزم المفصلي الحاد يعتبر من الامراض المهمة جدا بسبب كثرته وتابعه الثقيلة التي يحدثها في القلب بحيث ان هذا المرض يعتبر في أهميته كالسل الربوي والالتهابات الرئوية والتيفوس والالتهابات الشعبية ونحو ذلك ويندر مشاهد هذا المرض في سن الطفولة ويشاهد بكثرة بين السنة الخامسة والخامسة عشر وأكثر مشاهدته من سن الخامسة عشر الى الخمس وثلاثين سنة ويأخذ في التناقص بعد هذا الطوارق له بالنسبة لاصاباته الابتدائية الحسنة وأما بعد سن الخمس والخمسين فشاهدته من النواذر والظواهر ان كلا من النوعين (اي الذكور والاناث) عرضة لاصابه به على حد

مواها وانه يتعاقب جزء عظيم من أحوال الاصابة بهذا المرض ولا بد باستعداد وراثي لاسيما بالنسبة للرضى الحديثي السن (ففي الاطفال الذين سنهم اقل من الخمسة عشر سنة يكون ثلث احوال الاصابات من هذا القبيل)

وبالنسبة لهذا الاستعداد الوراثي يظهر ولا بد انه يتضح عقب الاصابة بأعراض أخرى ولا سيما قد شوهد الروماتزم الحاد بكثرة عقب اوبية القرصية والدوسنتاريا والحميات النفاسية والاجهاض ويكثر كذلك الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند الأشخاص الذين اصيبوا به من قبل مرة أو جملة مرات فلا يكون مثل هؤلاء الأشخاص مصانعين الاصابة به مرة ثانية ولو بعد مضي فترة طويلة كن عشرين الى عشرين ويعتبر من أهم الاسباب المتممة لهذا المرض تأثير البرد العمومي وذلك كتمديد سطح الجسم المستطيل عقب البسل والعرق الغزير وتعرية الجسم زمنا طويلا والنوم على الارض الرطبة ونحو ذلك ومسألة كون تأثير البرد يحدث نارة التهابات ثانوية وتارة التهابات تزاوية شعبية وطور انذبات حلقية واحيانا روماترما مفصليا حادا يحجب عنها بالجواب غير الشافي وهو ما حصول احد الامراض يشترط ولا بد وجود استعداد جسمي مخصوص وزيادة عن تأسير البرد قد تحدث المجهودات الشاقة في العضلات والمفاصل هذا المرض بل وقد شاهدنا أخيرا المعم شاركو أحوال التبع فيها الروماترما المفصلي الحاد عن مؤثرات جراحية او اعمال جراحية وكان الروماتزم المفصلي الحاد ليس موضعيا فقط بل كان ايضا عوميا وحيث كانت الفقرات أكثر عرضة للاصابة بالتهابات السابقة ذكرها كانت مشاهدة هذا المرض فيهم أكثر من مشاهدته في الأغنياء الروماترما المفصلي الحاد يطرأ في جميع الفصول ومع ذلك فلا يكثر عدد الاصابات به فقط في الاوقات التي يكثر فيها برد الجو كالبرد والرطوبة والرياح القوية بل كذلك يشاهد ايضا في اوقات الخريف يكون الجو فيها معتدلا وحرارة الصيف كذلك بحيث يانحى ولا بد في توجيه ملاحظة الاصابة بهذا المرض للقول بوجود مؤثر نوعي مجهول في الجو كما يقال في توجيه كثرة ظهور التهابات الرئوية والتهابات الحلقية والوردية ونحو ذلك وفي احوال عديدة من الروماتزم المفصلي الحاد لا يعرف السبب المحدث لظهوره ولا تردده

في الصفات التشريحية

التغيرات التشريحية في التهاب المفصل المتنقل الروماتزمي عبارة عن
محصلات تغيرات احتقانية او التهابية وهذه لا توجد فقط في المحاطة
الزلاقية بل كذلك في جميع الاجزاء المكونة للمفاصل والمحيط بها
وهذه التغيرات تختلف وضوحها بحسب شدة الاصابة ومدتها وليس تلك
التغيرات الخموصيات نوعية كالتغيرات الالتهابية المفصالية الاخرى وانما
تتميز عنها بسرعة فورها وزوالها كذلك وبكونها ليس لها ميل
عظيم للتفجج بل الغالب انتهاءها بالتحلل ومن النادر ان يتخلف تلك التغيرات
محصلات او بقايا ينتج عنها صغار امشتر في وظيفة المفصل المصاب
والمحفظة الزلاقية تكون كثيرة الوعية منتفخة لاسيما في محل ثباتها
وقد تكون مرصعة بانسكايات دهوية صغيرة وسطحها الباطن يكون
مغطى بنسيج ليفي رقيق ويوجد في التجويف المفصلي ارتشاح متفاوت
السكمية لا يتميز احيانا عن المادة الزلاقية المفصالية الا قليلا لكن الغالب
ان يكون على هيئة سائل مصلى ابيض رقيق اصفر ابيض او دمى اودى ندف
وعند اشتداد الالتهاب يكون المنسوج الخلوي المحيط بالمحفظة المفصالية
والسكاكين بين الالبياف العضلية وتحت الجلد مرشحا ارتشاجا وذيما ويا
كثير الوعية ومرصعة بدموية وكذا الاغداد الهضلية والوزنية
المجاورة وهي الاكياس المحاطية تكون محجرة ملتصبة ومحتوية على سائل
شبيه بالسائل الذي في باطن المفاصل والاطراف العظمية المفصليته
والسحمان المحيط بها تكون كذلك كثيرة الدم وقد توجد تغيرات جوهرية
دقيقة في الغضاريف واما التغيرات المفصالية الثقبلة المستمرة كالتفجج
والقرح وانفصال الغضاريف وانفتاح الحراجات نحو الظاهر فانها تعتبر من
النتائج المرضية النادرة جدا في التهاب المفصل المتعدد الروماتزمي وزيادة
عن ذلك يوجد في الجثة مضاعفات مهمة نحو الاحشاء الباطنية لاسيما في
القلب وهذه الاخيرة هي التي تكون سببا في الهلاك غالبا

في الاعراض والسير

هذا المرض يتبدى غالبا بكميات مختلفة وكثيرا ما لا يمكن الحكم بمرحلة

حقيقته من الظواهر المرضية الاولى وهي الاضطراب البني العمومي
والانحطاط والالام المفهية المتخيرة غير القاصرة على احد المفاصل اذ انه
يظهر عند المريض حالة حجة بعد شعير رات متكررة او شعيرة واحدة
شديدة ولا يستدل من هذه الحركة على حقيقة المرض وفي احوال اخر
تظهر الالام المفهية الحقيقية من الابتداء الكنهات تكون فيه غير قوية فلا تمنع
بعض المرضى من السعي في اشغالهم ثم ان الروما ترم المفاصل الحاد يندرجدا
ان يصيب مفصلا واحدا او مفصلين والتعالج ان يصيب عدة مفاصل بمعنى
ان التغير المرضي وان كان في التعاليج هي بالاحد المفاصل بشدة عظيمة
الا انه يصيب عادة جملة مفاصل في اثنا سيره ومن الواصف لهذا المرض
ايضا كون عدة من المفاصل لا تصاب مع بعضها في آن واحد بل مع التعاقب
بحيث ان المفاصل المتشابهة من جهتي الجسم تصاب في آن واحد او بعد بعضها
بقليل ولو اختلفت درجة شدة الاصابة فيها وكذا من صفات هذا المرض دون
غيره من الالتهابات المفصلي ان المفاصل المصابة مهما اختلفت شدة اصابها
تعود لسلامتها ثانيا او انها تبقى مصابة بدرجة خفيفة مدة من الزمن لكن
كثيرا ما يصاب المفصل ولو بعد سلامته مرة ثانية أو ثالثة ثم ان الالتهاب
المفصلي المتعدد الروما ترم يمكن ان يكون محله جميع مفاصل الجسم
ومع ذلك فانه يصيب على الخصوص المفاصل العظيمة وبحسب كثرة
تعداد الاصابة يكون مفصل الركبتين هو الاكثر مصابا ثم مفصل اليدين
والقدمين وبلى ذلك مفصل الكتفين والرفقين والمفصل الحرقفي ثم المفاصل
الصغيرة ليد والاصابع ويندر اصابة المفصل القمي والاجرمي او اتر قوي
او مفصل اصابع القدمين والمفصل الفكي والمفاصل العقرية والعانية
وعند البحث عن المفاصل المصابة تشاهد خصوصا في السطحية منها تغيرات
مرضية مختلفة الوضوح فتكون هذه المفاصل كثيرة الحرارة منتفخة
انتفاخا اوديمياويا ولونها احمر باهنا اودا كنا وقد يتحقق بالجس خصوصا في
مفصل الركبة وغيره من المفاصل العظيمة من وجود انسكاب فيحس
بالتوج فيه لكن الظاهرة الموضوعية الواضحة في هذا المرض هي الالام
المفصلي بل ان هذه الظاهرة تغاير بالكلية بشدها في الظواهر المرضية

المركبة القليلة الوضوح وفي الاحوال الخفيفة من هذا المرض لا يحس بالام غالباً الا عند تحريك المفاصل او الضغط عليها وأما في الاحوال الشديدة فيحس بالام متعبة للغاية ولو كانت المفاصل في الراحة التامة وهذه الالام ترتفع لدرجة غير مطابقة عند تحريك المفاصل ومجلس الام يكون في الاجزاء المكونة للمفصل ولكن ذلك ليس هو المجلس الوحيد بل قد تكون بعض الاجزاء المحيطة بالمفاصل وذلك كالاعتماد الوزنية او العضلات المجاورة هي المؤلمة جداً او قد تكون الاعصاب المارة من جدار المفصل هي المصابة فينشع الالم على طول المفصل المريض وفي المفاصل العظيمة كثيراً ما يمكن التحقق من ان مجلس الالم ليس في جميع محيطها بل ان بعض الاصغار المحدودة في الجهة الانسية او الوحشية هو مجلس الالم وان كان زوال كل من الالام والالتفاف من المفاصل المصابة ابتداءً بطياً مع ظهورها في مفاصل آخر كان عدد المفاصل المتألمة عظيماً جداً وحال المريض مؤلمة ومكدره للغاية بحيث لا يكون له في مثل هذه الاحوال قدرة على فعل أي حركة من ذاته فلا يمكنه تغيير وضعه بالارادة بل ويخشى ويتألم من فعل بعض حركات متعددة كقضاء الحاجة بل وتعالى اطعمة وقد تكون ملامسة الفراش ولوالاين مؤلمة جداً فيزعج ويصعب منها ومن حظ المرضى ان هذا الانتشار في الاصابة ليس كثير المحصول

وأما الحركة الحمية التي تظهر تارة قبل الالام المفصلية وتمعها او بعدها وهو نادرانها قد تفقد وقتياً في الروماتزم المفصلي ومن النادر جداً ان تفقد في اثناء جميع سير هذا المرض وارتقاء درجة الحرارة يكون متوسطاً غالباً (اعني أقل من ٤٠ مائتية) سير الحمى يكون مع ذلك غير منتظم ويطابق من هذه الحشية السير المختلف للاصابات المنصاية فكما ان هذه الاصابات الاخيرة تتلطف في بعض الايام والالام تتناقص جسد بحيث يظن قرب الشفاء ثم تصاب المفاصل ثانياً بسبب اخر سواء كانت قد أصيبت من قبل أو بقيت سليمة فكذلك الحمى تعطف درجاتها بالكتابة وتنطق في اثناء تحيين الاصابات المفصلية ثم تعود ثانياً مع تناقل وارتداد الاصابات المفصلية واما ان تردت السوب بسببها بحيث انه في اثناء النوبة الجديدة يكون تأثير التي قبلها مستمرا

وكانت المة اصل المصابة متعددة اكتسبت حرارة الحى درجة عالية جدا
(تسكون من ٤٠ الى ٤٠ وخمسة خطوط بل ازيد) وتبقى مستمرة على هذا
النمط زمنا طويلا والنبض يكون ذا سرعة متوسطة متوسطة لا يرتقا درجة
الحرارة بحيث ان سرعته لا تخطى (أعنى زيادة عن ١٢٠ ضربات فى الدقيقة
الواحدة) عند البالغين تعتبر فى الروماتزم المفصل الحاد كما فى غيره من
الامراض الحية ظاهرة خطيرة فانها تدل زيادة عن الارتقاء العظيم لدرجة
الحرارة على خطر بسبب مضاعفة باطنية ولتنبه هنا على ان الالام المفصالية
الشديدة يمكن ان ينتج عنها سرعة عظيمة فى النبض وبالتالى مع على القلب
بحسب احوال عديدة ولوالتي لم توجد في مضاعفة بالتماب الغش البساطن
للقلب بالفاط نغذية تعرف بالالفاط الدموية والجلد يكاد يكون مندبا بعرق
غزير فى راتحة حضية ما دامت الحى وهذا العرق لا يعتبر فى الطبيعة
بحرانا وكثيرا ما يوجد الجلد عند المرضى مغطى بدخنية جرد وقد ذكرنا فيما
تقدم ان هذا الطاق يعبرس فوج الاجزما وانه ينتج عن تنج الجلد الشديد فى
محارة قووات الاجربة الشمرية عقب العرق الغزير ويندرع شاهدة
الدخنية الشفاقة على الجلد (أنظر بحث الدخنية) وزادة عن هذه
الطفجات الجلدية المرتبطة بغزارة الافرازات فى تشاهد فى احوال نادرة
طفجات جلدية آخر تنشأ اولاد عن النغير المرضى الاصل الروماتزمى وتكون
مرتبطة بالاصابات المفصالية وهذه الطفجات الجلدية الروماتزمية تشاهد اما
بقرب المفاصل المصابة أو فى اجزاء بعيدة عن الجسم وتظهر اما على شكل
البرتا النضحية أو على شكل الانجربة أو الهربس أو افرفوزية

وبالفقد المائى العظيم الذى يعترى الجسم اما بسبب شدة التعبر الناتج عن
ارتقاء الحى أو بسبب الافرازات العرق الغزير توجه قلة الافرازات البولية بحيث
لا ينهر زمنه فى ٢٤ ساعة الا من ٣٠٠ الى ٤٠٠ سنتيمتر
مكعب وحيث ان تسكون البولينا لا يكون متناقصا بل متزايدا بسبب
سرعة التبادل العنصرى كان البول المتركد اذن نوعى ثقيل جدا وحيث
ان كمية الماء المحتوى عليها البول لا تسكنى احيانا فى حفظ الاملاح البولية
منحلة عند انخفاض درجة حرارة البول يشاهد تسكون راسب ملحية عظيمة

فيه عند تركه للتبريد وهذه الاملاح تظهر ذات لون أحمر داكن بسبب رسوب
المادة الملونة أيضا مع الاملاح ومع ذلك فلا يحكم من وجود راسب غزير
متسكون من أملاح بولية بان كبة حمض البوليك المنفرقة في ٢٤ ساعة
متزايدة وقد توجد كمية قليلة من مواد زلالية في البول وهذا يتعلق ولا بد بكافي
غير هذا المرض من الامراض الحمية القوية يتمدد في جدر الاوعية الكلوية
نتيجة عن ارتفاع حرارة الجسم وأما وجود كمية عظيمة من مواد زلالية
في البول فانه يوقظ الظن بوجود مضاعفة كلوية كالتهنير الكلوي
السددي الناتج عن اصابة القلب وغيره من اشكال التغيرات الكلوية
المضاعفة وأهم المضاعفات المختلفة في الروماتزم المفصلي الحاد هو اشتراك
القلب في الالتهاب لاسيما التهاب الغشاء الباطني منه وأندرس ذلك التهاب
غلافه الظاهر أو حصولهما معاً من أول الامر ومن الجائز القول بأن هذه
الالتهابات القلبية تنشأ عن السبب الاصل في التغير المعلوم الذي نشأت عنه
التغيرات المفصالية ثم ان التقاويم التي فعلت بالنسبة لكثرة حصول الالتهابات
القلبية وعددها في الروماتزم تنافي بعضها بدرجة عظيمة جداً بحيث لا يمكن
الانتفاع بها فتنبع القول المعلوم بولو يكون حصول التهاب الغشاء الباطني
للقلب هو القاعدة العامة مادام الروماتزم شديداً وينتشر اعلى عدد
عظيم من المفصلات وأما ان كان خفيفاً وقاصر اعلى قليل من او غير
حسب حصول التهاب القلب يعتبر من الاستثناءات ومن المقرر به عادة ان
الروماتزم المفصلي الحاد في الاطفال يصحب كثير بالتهابات قلبية شديدة
زيادة عن البالغين ويوجد اختلاف الآراء من كثرة حصول الالتهابات
القلبية في الروماتزم المفصلي الحاد بما هو معلوم من ان الالتهابات القلبية
الباطنة الخفيفة التي تحصل بكيفية خفية ليست سهلة التمييز دائماً
بل انه في مثل هذه الاحوال من الجائز ان عيباً دائماً الذي يتضح
شياً فشيئاً هو الدال على أسبقية حصول التهابات الباطنية
وبالمناسبة لكون الاصابات المفصالية وزوالها بسرعة احياناً بدون ان تبقى أنزاعاً
فيجوز الميل لقول بان الالتهابات القلبية لها صفات مماثلة لذلك بحيث ان
التهاب المصاب بالتهاب كثير اتما يتخلص منه بالكتابة ولا يجوز لنا في وجود

هذا التشابه بالكلية لكن من المحقق الثابت انه متى حصل الانتهاب القلبي
الباطني وانفتح بالكلية وصار تشخيصه كيدابا لعلامات الطبيعية فلا
يكون هناك أدنى أمل بزواله زوالا تاما بدون ان يبق تغيرات ثابتة في القاب
وظهور الانتهاب القلبي لا يتوقع حصوله دائما في دور واحد من الروماتزم
المفصل في أحوال نادرة تظهر الاعراض القابية مع الظواهر المفصالية في
آن واحد أو تسبقها بقليل لكن في معظم الاحوال تطرأ الآفة القابية
المضاعفة في أثناء الاسبوع الثاني ومع ذلك ينبه على ان الانتهاب القلبي
الخفي يمكن وجوده قبل احداثه لعلامات مشخصة أكيدة بزم من قليل
فان العلامات الاكيدة التي يرتكن اليها في تشخيص الانتهاب القلبي
تأخذ من ثبوت وجود آفة صمامية ناتجة عن الانتهاب وأندر مما تقدم
كون التهاب القلب الباطني والظاهري يحصل في ادوار متأخرة عن ذلك
ومن اراد الوقوف على ظواهر الاصابة القابية الالتهابية وتأنجها فليراجع
ما ذكرناه في الجزء الاول من هذا الكتاب وفي بعض الاحوال لا يقتصر
الانتهاب على القلب بل يمتد الى البليورا لاسيما اليسرى او كليهما معا فينتج
عن ذلك نضج صلي اميني وقد ينضم لذلك نضج التهابي رئوي بكمية
استثنائية ومع طروجه مع هذه المضاعفات لا ينتهي هذا المرض كما
شاهدناه بالموت وقد يشاهد كذلك في انشاء سير الروماتزم المفصل الحاد
اصابات غشائية مخاطية واكثرها حصولا الذبجيات الحلقية والثرلات
الشعبية

ومن المضاعفات النادرة الثقيلة جدا الروماتزم المفصل الحاد الاضطرابات
الدماعية وهي تنشأ ولا بد عن تغيرات مختلفة فبقطع النظر عن الحشويات
الحبيبية التي قد يشاهد ايضا في الاحوال الثقيلة من هذا الداء يظن ولا بد من
طرات عوارض دماغية في انشاء سير هذا المرض اما بظهور التهاب سحائي
بسيط او سد دماغية سيارة نتيجة مخصلات التهاب الغشاء الباطني
للقلب واما بما يراه في الحبيبية الشديدة الروماتزمية وفي هذه الحالة الاخيرة
يحصل كما ذكره بعض المؤلفين ارتفاع شديد في درجة حرارة خطر
للغاية فتصل الحرارة من درجة ٤١ ونصف الى ٤٤ مائتية ووجه

حصول هذا العارض الخطر ان المراكز العصبية المنوطة بتنظيم الحرارة
يعثر بها كما في احوال السكتة العصبية الحية اضطراب عظيم في وظيفتها
وعند طر هذه المضاعفة تزول الآلام المفصلية والعرق ويطر أهديان او
تشجات احيانا او كوما عميقة في الاحوال الثقيلة جدا ويصير النبض
سريعا للغاية فيطر الموت بعد بعض ساعات واندر من ذلك بعد يوم
أو اثنين ما لم تجر المعالجة اللائقة و يظهر ان هذا العارض ينتج عن شلل
الاعضاء العصبية المركزية سيما النخاع المستطيل بسبب شدة ارتقاء
درجة الحرارة ومع ذلك فلم يستدل من الصفات المتشعبة في مثل هذه
الاحوال على شئ ولا توجد الانعيرات غير واضحة

ثم ان هذا المرض ينتهي في الاحوال الجيدة في مدة من ثمانية ايام الى ١٤
بدون ان يبقى اثر سوى الاستعداد للنكسات وأكثر من ذلك مشاهدة هوان
يكتسب هذا المرض سيرابطيا غير منتظم فيمتد من ثلاثة أسابيع الى ستة
بل وفي أحوال نادرة جدا قد يمتد من شهرين الى ثلاثة

وللشفاء في الاحوال الثقيلة يحصل تدريجا وذلك ما نبقى في المقاصل المصابة
احساسا بعبثا ووضعف مدة من الشهور ومع ذلك فالمفاصل في الروماتزم
المفصلي الحاد لا يعثر بها اضطرابات وظيفية مستمرة الا نادرا عكسا لما يشاهد
في المزمن منه فالانذار حينئذ من حيثية المفاصل حيد وكذا من حيثية خطر
الحياة المتعلق بالمضاعفات السابق ذكرها حيد أيضا فان الموت لا يحصل
الا في اثناء سير بعض الاحوال النادرة (أعنى من ٣ الى ٤ في المائة)
وحصوله امان ان يكون عقب التهاب الغشاء الباطني التقرحي للقلب أو عقب
الآفات الدماغية السابق ذكرها لكن هذا المرض من حيثية الحكم
على عاقبته غير حيد بالنسبة لالتهاب القلي المضاعف فانه يكون ينبوعا
لآفات عضوية قلبية غير قابلة للشفاء تؤدي ولو بعد حين للموت والهلاك
وعند المتقدمين في السن أى بعد من الكهولة يكون الانذار أكثر جودة
وذلك لان القلب يندر اصابته عندهم دون الاطفال والشبان وقد شاهد
المعلم جرجسجرح حصول اضطرابات عقلية من منه عقب الروماتزم المفصلي
الحاد في بعض الاحوال وهذا الاضطراب يتضح على هيئة حالة جنون

غير حمية مع صفة الخمود أو تكون على صفة الماخوليا الواضحة مع البله
وقد تتعاقب أحوال جنونية تنهية مع العوارض السابق ذكرها فتكون
هذه الاضطرابات معهوبة بحركات تشنجية أو خورية ومع ذلك فانذارها
على العموم حميد وبعد استمرار هذا المرض زمنا طويلا سيما ان كانت
الحصى ثقيلة تكوّن المرض الناقصة في حالة ضعف وانيميا عظامين ويحس
عندهم بالنعاط كاذبة في القلب والاعوية لا مانع من اختلاطها عند البحث
بغير الدقة بالفاظ العيون - اغاية الصمامية العضوية

وقد تعرض صعوبة في التشخيص سيما في ابتداء هذا المرض وذلك عند
ما تكون الاصابات مفصلية المصاحبة للمدى غير واضحة بالكلية او عند
ما تكون بعض الامراض الناتجة عن تأثير البرد كالروماتزم العضلي أو الذبحة
الحلقية أو التهاب الشرجي سبابة على الاصابات المفصلية الموضعية وكذا في
الاحوال التي فيها لا تظهر الاصابات المفصلية صفتها المتشكلة وتبقى قاصرة
على احد المفاصل التي فيها التهاب المفصل يبتدئ بكيفية غير اعتيادية في
مفصل الابهام القدي ويختلط بالثوبة النقرسية وكذا الآفة المفصلية التي
تظهر في مفصل الرسكبة أو القدم مصاحبة للسيلان المجري تشبه ولا بد
بالروماتزم المفصلي وذلك فيما اذا انكر الشخص المصاب بالسيلان المجري
اصابته من العايب وقد يحصل ايضا خطأ عظيم في التشخيص عند وجود
التهابات مفصلية متعددة ثانوية كالتى تحصل في أثناء سير الامراض
التسممية الثقيلة كاللسم الصدیدی والحصى النفاسية ونحو ذلك (وهي
المعروفة بالالتهابات المفصلية الانتقالية) وهذا الخطأ كثير الوقوع في
الاحوال التي فيها تبقى البؤرة المرضية الأولية المحدثة للتسمم الاصلی
بجهولة على الطبيب

المعالجة

لونا ملنا الى العدد الذي لانهاية له من الوسائل العلاجية التي اوصى بها
واستفصلت في الروماتزم المصلي الحاد والى تنويع معالجة هذا المرض
التي يتنوع في كل سنة لاتفصح لنا ان جميع هذه الطرق العلاجية ليس
فيه كبير فائدة وأنه في هذا المرض كما في غيره من الامراض الحمية

أدى عدم اعتبار سيره الطبيعي لغلط فاحش بالنسبة لتأثير الوسائط
العلاجية المستعملة فكثير من هذه الادوية التي كانت مستعملة بكثرة
مسدة طويلة من الزمن كالاستفرغات الدموية الموضعية والعامية وتترات
البوتاسا بمقدار عظيم والرتبقي الحلو والسليسماني ونحو ذلك لا تستعمل
الآن بل حصل محالها ووسائط علاجية أخرى وهذه وإن كانت مثلها غير
أكيدة التأثير إلا أنها تفضل عن الأولى لكونها غير مضرّة وأغلب
الطرق المستعملة الآن تتم بها دلالات عرضية لكنها بأجزاءها لو ارض
مهمة مضرّة في المرض الأصلي فلها ولا بد تأثير ملطف ومقصر لسيره ولذا إن
كثير من الأطباء من يستعمل مقادير عظيمة من الكينين (من جرام إلى ٢)
لأجل تنقيص درجة الحرارة كافي الالتهاب الرئوي أو التيفوس وعلى
حسب تقارب كل من المعلم فيغزو بلروت لا يشك في أنه من الجائز أن صفقة الدم
عند المصابين بالحمى تعين على حصول اضطرابات غذائية التهاية وتبعاً لذلك
فالعلاج المضاد للحمى تكون مضادة للالتهاب أيضاً والكينين وغيره من
الوسائط العلاجية المضادة للحمى يكون ولا بد ذا منفعة عظيمة وليس فقط من
حيثية الدلالة العرضية بل ومن حيثية اتمام الدلالة المرضية أيضاً في الروماتزم
المفصلي الحاد الذي فيه تلتهب مفاصل عديدة من جديد مدة الحمى وأما من
حيثية تأثير الحمامات الباردة في الاحوال المرتفعة فيها درجة الحمى جداً
فليس عندنا تقارب أكيدة وكذا بالنسبة للطريقة التي استعملها ازمرلك
حذيثافي الروماتزم المفصلي وهي وضع مثانات جليدية (بدلاً عن المكمدات
الباردة) على المفاصل المتهبة وبها يحصل تنقيص سير المرض وأما في
الاحوال ذات الحمى الشديد جداً المعصوبة بغلواهر عصبية دماغية والتي
تنتهي بالموت كما تقدم فاعلاجها بالتبريد فيها واجبة ولا بد وهذه الطريقة
العلاجية التي استعملها في مثل هذه الاحوال المعلم برند وغيره قد أيد
نجاحها المعلم فيلس فوكس فكان ينزل حرارة الحمامات إلى ١٤ درجة
ريمر ويعطى من الباطن مع ذلك منبهات روحية وبعض مقادير من الكينين
وعلى رأى هينبري تكون درجة الحرارة التي يمكن حصول النجاة فيها ما بين
٤٢ و ٤٣ مائنة وحيث ان الخطر يرتفع مع ارتقاء الحرارة في كل

عشر درجة فالامل بالجراح يزداد كلما بودر بالمعالجة عندما تجاوز درجة الحرارة الاربعين وخسة خطوطاً وأما المعالجة القلوية التي هي عبارة عن استعمال بي كربونات الصودا أو غيره من الاملاح الصودية (من ٢٠ جرام الى ٤٠ كل يوم في ماء محلى الى أن يصير البول فلويانم يقص المقدار شيئاً وشياً) فمؤسسة على النظريات القائلة بوجود حمض في الدم لكنكم اتبعوا التجارب اطباء الانكليز والمعلم سينثور تصير ظهور المضاعفات القلبية نادراً وتنقص سير المرض ومن الموصى به بكثرة هو ان يستعمل بدلا عن تغليف المفاصل المصابه بالقطن ودهنها بالمرح المسكن رباط ثابت وهذه الطريقة قد أوردني بها من قبل المعلم جود شلاك واستعملها المعلم سايتين اسكن بعد التجربة مدحها في العصر المستشهد المسلم هيدينير وغيره في أحوال عديدة والاجود في ذلك ان يؤخذ جبيرتان من الورق المقوى من داتان بالماء ويغلى سطحهما الباطن بطبقه كثيفة من القطن فهذا يقضي حصول الام الناتج عن عدم انتظام الضغط ثم تثبت الجبيرتان حول المفصل برباط ضاغطة خفيفة وهذا الرباط لا يزيل الالام فقط عقب وضعه حالاً بل يحدث تناقصاً في التهاب المفصل والحمى المتعلقة به ايضا بحيث ان كثير من اطباء الذين رصوا بهذه الطريقة ينسب لها تأثيراً يقصر مدة المرض وان كانت الالام ممتدة على الظهور والقسمين الحرفيين ونحو ذلك من الاجزاء التي لا يمكن وضع الارتبطة عاينها وجب مضاربتها بواسطة المركبات الاقيونية من الباطن والحقن بالمرقبة بقرب الاجر المتألمة وعند وجود أرقى مستمر يستعمل السكرال الايدراقي من الباطن

وكما انه قد أوصى في العصر السابق باستعمال جواهر نوعية في الرومازم فكذلك أوصى أيضاً في العصر المستشهد بجواهر نوعية آخر وذلك كالبروييلاين وخلات الرصاص الذي ذكر المعلم موتق انه باستعماله بمقدار عظيم قد حصل منه على فائدة عظيمة والعلايين الذي يحدث تبعاً لسكودا تأثيراً ملطفاً في المفاصل وحمض السكر بوليك الذي باستعماله حققنا بحث الجلد في محلول منه جزء على المائة يحدث تبعاً للكزى تلطيفاً عظيماً في الآلام وعيها من الظواهر المرضية ولكن أجود ما يستعمل من جميع الطرق

العلاجية المستجدة في الروماتزم المفصل الحاد: والا كثر نجاحها والرباط
الضابط المتقدم ذكره والاستعمال الباطني لحض السالتسليك أى
إصمفايك والعلم بوس بعد ان تبء على تأثير هذا الجسور الدواى فى
الروماتزم المفصل الحاد قدرهن بالتجارب العديدة التى فعلت فى كايينك
المعلم اشتهر كروزيو على حقيقة هذا الامر وكانت سببا فى انتشار استعماله
على حسب طريقة المعلم اشتهر كروزيو ان يعطى حمض الصمفايك مع صمغ
بقدر من نصف جرام الى جرام كل ساعة (بان يؤخذ من حمض الصمفايك
المصنوع من نصف جرام الى جرام) ويغلف هذا المقدار برشام ويعطى
مرة واحدة مع قليل من الماء ويكرر هذا المقدار كل ساعة الى ان تتحرك
المفاصل المريضة بدون ألم ولان الالهذا الغرض قد يحتاج الحال لاستعمال
عدد عظيم من هذا المقدار أو اقل منه وفى الاحوال التى شاهدتها اشتهر كروزيو
يزدقيها الاستعمال عن خمسة عشر جراما ولم يقل عن خمسة فى كل حالة ومع ذلك
فى الاحوال المستعصية لامانع من استعمال مقادير ازيد من ذلك عددا
بدون أدنى ضرر واما الاعضاء الهضمية فقد يشاهد فيها أحيانا بعد اليوم
الثانى من هذه المعالجة شفاة اللسان وتحسين الشهية ومن النادر
حصول غثيان وقئ ويشاهد من الطوارىء التابعة لهذه المعالجة ما نرى
فى الاذنين وثقل فى السمع وعرق غزير يسكن من النادر ما يشاهد اعراض
مهمة كالتهورات انعسية والهالوسة (المعروف بالسكر الصمغى)
أو انحطاط عظيم فى القوى ومع ذلك فمفصول مثل هذه العوارض
باعتنا بالملاحظة المريضة مدة المعالجة وقد ذكر المعلم اشتهر كروزيو ان جميع المرضى
الذين عالجهم (وسكانوا ١٤) حصل عند أغلبهم بعد ٤٨
ساعة انحطاط تلى فى درجة الحرارة الحمية التى كانت من تفعلة بل زال
عنهم أيضا جميع الطوارىء المرضية الموضعية أعنى انتفاخ المفاصل
واحمرارها ولا سيما الامها وقد بدت ذلك أيضا نجاحا بالعديدة بمعنى ان هذا
المرض لا سيما فى أحوال سديدة منه قد حصل شفاء فى أيام قليلة وكانه
انقطع سيرة لكن تجارب المتمادية للمعلم اشتهر كروزيو وغيره قد دلت الآن على
ان نتيجة المعالجة بجميع الصمغفايك ليست تامة الجح فى كثير من

الاحوال وذكر ان الظواهر المرضية لا تزول على الدوام في زمن قليل زوالا تاما
 باستعمال هذا الجوهر الدوائي بل انها بعد انحطاطها وتلطيفها كثيرا ما تنور
 من جديد ويحصل فيها انكسارات ولذا ان اشتركر بوصى بعد انتهاء المعالجة
 الاولى الاساسية باستعمال معالجة تابعة بمقادير صغيرة منه بمعنى ان كل
 مصاب بالروماتزم المفصلي يأخذ بعد انحطاط الاداء عنده بمقادير صغيرة من
 هذا الجنس بقدر جوام ونصفه على جرا من كل يوم مدة ثمانية ايام وفي بعض
 الاحوال قد لا يزول هذا المرض زوالا تاما مستمر ابواسطة هذه المعالجة
 التابعة وتعيث ذلك لا بد من تكرار المعالجة الاولى مرة ثانية بل وثالثة
 ومنع ذلك فهناك احوال نادرة تستعصى عن هذه الطريقة لجشنتها تركها
 والمضاعفات الالتهابية من جهة القلب وان كانت لا تنجب بالكلية
 باستعمال حمض الصفصافيك الا انها تقل جدا بسبب قصر مدة المرض بهذه
 المعالجة فان الالتهابات القلبية يكثر ظهورها في انتها الاسبوع الثاني او
 الثالث ومثل حمض الصفصافيك في التأثير وجوده الفعل وأقل منه في التهيج
 الموضعي صفصافات السوداء تستعمل بالمقادير عيناها مغلقة بالبرشام
 او منخله بالماء او صواع آخرو هذا الملح هو المستعمل الا ان بكثرة الالتهاب
 وكذا الصفصافين الذي مدحه سيناتور والمضاعفات الالتهابية تعالج على
 حسب القواعد العمومية والعرق يتلطف باستعمال خفة الغطاء
 وتنظيم درجة حرارة الاودة وعندما يكون غزرا جدا ومتعبا تستعمل خللات
 الرصاص من الباطن وفي الاحوال المزمنة التي يعقبها انتفاخ المفاصل
 ينبغي ولا بد استعمال بودور البوتاسيوم وزيادة عن ذلك تستعمل
 الحمامات الحارة التي سئذ كرها عند الكلام على الروماتزم المفصلي المزمن
 وانما تنبيه على ان استعمال الحمامات عند وجود مضاعفات قلبية يحتاج
 لاحتراس عظيم وانه تبعاً لادب بونوق حمامات توهيم المحتوية على قليل من
 حمض الكبريتيك (من جزي الى ٣ الى ٤ في المائة) والحمامات
 المحمية التي حارها من ٢٥ الى ٢٦ زعمور تعملها المرضى ولوا المعترينهم
 افات ثقيلة في القلب بسهولة بدون ان يحصل تنبيه في المجموع الوعائي بل انها
 يعكس ذلك تحدث تلطيفا في حركات القلب مادامت حرارتها ودة استعمالها
 ودرجة تركزها موافقة

﴿المبحث الثاني﴾

* (في الروما تزم المفصل على الزمن) *

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

لا طائل في التعرض للجاذلة بكون الروما تزم المفصل على الزمن هل يماثل بالنسبة لطبيعته الروما تزم المنه على الحاد ام لا فان طبيعة هذا الداء الاخبر كما ذكرناه في المبحث السابق لم تزل في حيز النظريات وعلى كل حال فالمرض الذي نحن بصدده لا يختلف عن الروما تزم المفصل على الحاد بسيره البعدي فقط بل كذلك بعده اوجه فانه وان شوهدت احوال فيها تكون الاصابة المفصلة اعمر عنها بالروما تزم المفصل على الزمن ناشئة عن الروما تزم المفصل على الحاد الا ان هذه الاحوال استثنائية ومن المعظم ان حصول هذا الداء المزمن يقع في احوال الحياة التي يسود فيها حصول الروما تزم المفصل على الحاد اعني ما بين الاربعين والستين وانه لا يصيب النوعين على حد سواء بل الغالب اصابته للنساء وان التثقل المعهود للروما تزم المفصل على الحاد وميله للانتقال من مفصل آخر لا يوجد في الروما تزم المفصل على الزمن مطلقا ومن صفات هذا الداء الاخبر ايضا التي انفرد بها دون الحاد هي ندرة المضاعفات باشتراك القابض حتى ان بعضهم انكر ذلك بالكلية وان وجود آفة مضاعفة فلبية اما ان يدل على ان الروما تزم ليس مرضا قابلا حادا (انما هو ذو سير بطيء) او ان الروما تزم مفصل الحاد كان موجودا من قبل وان الروما تزم المفصل على الزمن بعكس الحاد ينتج عنه نشوهات عظيمة ممتدة في المفاصل الاصابة بالنسبة لشكلها وحرورتها ويعتبر من اهم الاسباب واعايبها التناجول الروما تزم المفصل على الزمن التأخر المستمر للبرد وذلك كاساسا كره الدرة الرطبة والصنابير التي تحدث تبريدا مستمرا على سطح الجسم وبعض اجزائه وبهذا يوجه كثرة حصول هذا الداء عند الفقرا كالمتمتات في الخدمة والغسلات ونحو ذلك وقد نسب بعض المؤلفين للتوارث مدخلا في احد اث هذا المرض وانتوارث هنا بالمعنى المطابق اعني ان يورث هذا الداء بعينه بل كذلك الروما تزم المفصل على الحاد بل والقرمي واما مسألة اشكال بعض الروما تزم المفصل على الزمن الناشئة عن اضطرابات عصبية فستعرض لها فيما بعد

في الاعراض والسير

الافات المفصلية المعبر عنها بالروما تزم المفصل المزمن فتختلف اختلافا عظيما في ظواهرها بحيث ينبغي شرحها على اختلاف اشكالها ومع ذلك فيعصر رجل حد فاصل بين كل منها على حدته فالاشكال الخفيفة من هذا المرض تنصف ابتداء بدرجة حساسية متزايدة أو تألم في احد المفاصل أو كثير منها سواء كانت من المفاصل العظيمة كالركبة والكتف او الصغيرة كاليد والاصابع والقدم وبالضغط على المفاصل أو تحريكها تحصل الام وقد يحصل ارتقاء في الحساسية بل والم حقيقي من ذاته وهذا يتمد من مفصل الى مفصل أو يتشعع على الطرف بتمامه وهذا الثوران قد يصادف حصوله وقوع تغير في الجو أو يسبقه (وهو المسمى بالروما تزم الطعمي) والمفاصل في الاشكال الخفيفة من هذا المرض تكون غير متغيرة أو قليلة التغير جدا وأما في زمن الثوران والتناقل فيحصل فيها انتفاخ بسبب الانتفاخ للالتهابي للطبقة الغشائية والاجزاء المحيطة بالمفاصل وأما الانسكابات السائلة في المحاذي المفصلية وتظهر التوجع في جميع اشكال الروما تزم المفصل المزمن فتساور وهذا ما يسمى بالالتهاب المفصلي الجاف وانما قد يحصل في أثناء دور ثوران الالتهاب نضج مصلي وليس لهذا الالتهاب ميل للتقيح وتسوس المفاصل ولا تكون نواصير فيها مطلقا والحمى تفقد بالكافة غالبا وقد تظهر ظهورا وقتيا في أثناء ثوران الافة المفصلية أو بسبب احوال طارئة أخرى كالاصابات الفشائية المخاطية النزلية أو الروما تزم المفصل وتكون ذلك وسير مثل هذه الاشكال الخفيفة مستطيل من زمن عادة وفيه ميل للنكسات ومع ذلك فشفاؤه التام المستمر ليس بنادر ولا سيما في الاحوال التي فيها يكون للرئتين قدرة على الامتناع الكلي من المؤثرات المضرة للبرد لكن الغالب ان مثل هذه الاصابات المفصلية الخفيفة تترك في الاهمال مدة من الاشهر بل والسنين خصوصا عند الفقراء ولا سيما كون العمة العامة جيدة حتى تصير حالة المفاصل غير جيدة بالسكية وأما اشترائه القلب والاعضاء الباطنية في الاصابة فتساور جدا في الروما تزم المفصل المزمن

كاذ كرناءه ولكنهما قد تحصل احبانا كما شاهد به بعض المؤلفين القرتساوين ولو
 مع اصابات مفصالية خفيفة جدا وحيث يذ يكون سيرها خفيا للغاية
 اما الاشكال الثقيلة المتقدمة من هذا المرض ففيها لا تكون المفاصل
 منتفخة فقط بل انها بواسطة انكسارها لتدريجى وتصر القسوجات
 الليفيه المحيطة بها كالاربطة والاوتار والصفقات تكون معانة بالسكية
 في حركتها ومنتفخة كثيرا او قليلا او موضوعة وضعا معيبا او متخلعة نصف
 الفخلع وقد يحصل تشوه واضح في مفاصل الاصابع فتكون مفاصل
 المشط مع السلاميات منتفخة انتفاخا عظيما وجي مع الاصابع ما عدا
 الابهام متخلعة نصف الفخلع الى الوحشية الى جهة الزند بحيث انها
 تكون مع عظام الرصع زاوية منفرجة وعند استمرار هذا الداء اجلة
 من السنين تفقد المفاصل المصابة منتفختها بالسكية كلها تحدث الاماوا احساها
 بأزير احبانا وينتهي الحال بيشاوة بعض المفاصل بالسكية وحيث ان
 عضلات الطرف المصاب تقع في الضور بالسكية فيظهر زولا بد غلظ
 المفاصل ويتفخ ويمثل هذه الاحوال العتية المتقدمة وان كانت
 لاتمردد الحياة لاتسمع بشفاء التغيرات المرضية مع اقابل يعتبر فيها من
 النتائج العظمى في المعالجة اه مكان زوال التغيرات الالتهابية الخفيفة
 للمفاصل وتأنها زوالا مستمرا وكثير من المؤلفين من يعتبر كذلك من
 اشكال الروما ترم المفصلي الزمن ما يسمى بالروما ترم المفصلي المشوه وفي
 الحقيقة هو بعض الالامات المفصالية التي تعد ولا بد من اشكال الروما ترم المفصلي
 الزمن فيه مكتسب على طول الزمن صفات الروما ترم المشوه وهذا الشكل يؤدي
 لتشوهات عظمية جدا في المفاصل المصابة وذلك انه لا يعترى الاجزاء الرخوة
 المفصالية تغيرات واضحة فقط بل ان هذه التغيرات تسمح انضام عظمي في
 الغضاريف والاعظام المفصالية وهذه التغيرات عبارة عن نمو مرضي في
 الغضاريف والاطراف العظمية والمفصالية من جهة ومن جهة اخرى عن
 استئصال مرضية وضور قرحي في المفاصل فبما ابتداء تبعا للكم نمو ونخر في
 الغضاريف المفصالية وفي أثناء ذلك يحصل في اجزائها القريبة من العظام
 تعظم والاتفاخ الغضري في العظمي الحاصل بهذه العكيفية يشغل

الاسطحة المفصلية فيكون فيما يروى وانتفاخان تحدث تحولاً في محل
اندخام الحافظ والاربطة المفصلية وبذا تعاقب ككاتها الطبيعية
ويعقب هذا التغير في الحال التي فيها الاسطحة المفصلية تؤثر على بعضها
بالاحتكاك والضغط تغير ضروري وتلاش فتتبعى الغضاريف والاسطحة
العظمية المتحركة المتسكاثفة بتسكوثات جديدة فيظهر انها منبرية ورؤس
العظام مفرطة والتجاويف المفصلية كثيرة النور والانساع بحيث ان رأس
العظم قد يترك حفرته الطبيعية ويتخذ حفرة جديدة والمحافظة الزلاية
يعتبرها نحن وامتداداتها خصوصاً عند انعطافها على العظام تكون
امتدادات خيطية قد يتكون فيها قطع غضروفية عظيمة في التجاويف
المفصلية وان هذه التكوينات المهمة بالحسيات المفصلية تكون سائمة
في تجويف المفاصل وهذا الالتهاب المفصلي المشوه كباقي اشكال الاصابات
المفصلية الروماتزمية ليس له ميل للتقبح وكذا يندر حصول انكبات مفصلية
فيه وانما يحتوى التجويف المفصلي على افرار قليل

ولقد اشرنا فيما تقدم الى ان آراء المؤلفين مختلفة من حيثية التناسب بين
الالتهاب المفصلي المشوه والالتهاب المفصلي الروماتزمي المزمن وفي الحقيقة
لا ينكر انه يوجد زيادة عن أحوال الالتهاب المفصلي المشوه التي نشأت
بكيفية تدريجية عن الروماتزم المفصلي المزمن أحوال تنشأ أولاً بدائية
أخرى فتلاقي بنشأ التهاب المفصلي المرفقي المشوه عن مؤثرات جرحية كما
وان هناك أحوال مهمة يلزم معرفتها من التهابات مفصلية مشوهة يظهر انها
تتشأ عن تأثير اضطراب عصبي وقد زعم كل من الطبيب ريمالك وبيديكت ان
الآفة المفصلية التي نحن بصدد ما تبرز نتيجة لحالة تمجعية في النخاع الشوكي
العظيم اسمياتوي بل ولقد بالغ الاول في تسمية هذه الآفة بالالتهاب
النخاعي الشوكي وأول من نبه على حصول آفة مفصلية في أثناء سير السيل
النخاعي هو المعلم شركو وقال ان هذه الآفة المفصلية تقرب من الالتهاب
المفصلي المشوه وان لم تكن مماثلة له بالكلية وكذلك الميل العظيم للآفة
المفصلية المشوهة في الظهور على صفة مسامتة في مفاصل مماثلة لبعضها
من جهتي الجسم والامر المعلوم من انه يجوز ان الآفة المفصلية توجد تغيرات

اخر ناشئة عن اضطراب هبى غذائى لاسبما الضمور العضلى التدريجى
يرجع القول بكيفية الظهور والحصول ومن الجائز ان يمكنه في المستقبل
تقسيم الافات المفصلية المعبر عنها بالالتهاب المفصلى المشوه الى جملة انواع
يل والآن يميز لهذا الداء نوعان الاول الالتهاب افعى الى المشوه الذى ترى وهو
الذى يصيب ابتداء المفاصل الصغيرة الاصابع والكف والقدم ويمتد
بالتدريج منها الى المفاصل العظيمة (وهذا الشكل هو المعبر عنه عادة
بالروماتزم المفصلى المزمن) والنوع الثانى هو الالتهاب المفصلى المشوه
المركزى المسمى ايضا بالشيخوخى وهو الذى يصيب ابتداء المفاصل العظيمة
القريبة من الجذع كالمفصل الحرقفى الفخذى والكففى والعصدى والركبتين
ولاسبما المفاصل الفقرية (وهو الالتهاب المفصلى الفقرى المشوه) وهذا
الشكل لا يظهر بالتساوى دائما وحينئذ يطابق الداء الحرقفى الشيخوخى
ويؤدى لتغيرات عظيمة في شكل المفاصل واضطراب حركتها وكذا الى
الخنقات ونقوسات في العמוד الفقري مع اضطراب الغضاع الشوكى
والالتهاب المفصلى المشوه لا يخاطر بالحياة ما لم تطرأ مضاعفات لكن الامل
بالشفاء يكاد لا يوجد فانه متى ابتداء هذا الداء يأخذ في التقدم شيئا فشيئا ولو
مع وقوف وتحسين وقتى وهم جزا الى منتهى الاجل

في المعالجة

شكل الروماتزم المفصلى المزمن القاصر على مفصل واحد يستدعى معالجة
موضعية واما الروماتزم المفصلى المزمن المنتشر فانه يحتاج على الخصوص الى
معالجة عمومية

فالمعالجة الموضعية يوصى فيها في احوال نادرة اثناء ثوران الالتهاب
بالاستفراغات الدموية الموضعية بارسال العلق أو المحاجم التشريطية
على المفصل المصاب ومن الوسائط الموضعية استعمال الجواهر الحمرة
للجلد أو المحدث لالتهاب سطحي وذلك ~~بمسح~~ بماء يوديلدوك والمروخ
النوشادري الطيار وروح الكافور وغيرها من المروخات ذات الرائحة
المقبولة كالمخلوط الزيتى البلسمى ونحو ذلك وهذه الجواهر مهما كان
الاعتقاد فيها تعترف ولا بد بأن منفعتها آتية من العمل الميكانيكى لليد لا

من تأثيرها الدواى ولما استعمال الخردل أو الدلاك بروح الخسردل الذى به
 يحمر الجلد احراراً وقتبافله ولا بد فائدة ملطفة وقد يتحصل باستعماله
 المستمر على تحسين نابت وذلك بالوراثين مع الكورور وورم ينتج عنه
 ولا بد احساس مخصوص فى الجلد يكون هو السبب فى فصله المحول ولقد
 استعملنا مع النجاح فى الاحوال الخفيفة مخلوطاً مكوناً من ٣ الى ٥
 ديسيرام من الوراثين مع ١٥ جرام من الكورور وورم ومخلوطاً زيتياً
 ميباً ٦٠ جراماً أقوى من المحمرات فى التأثير المنفطة التى من جاتها ذلك
 يصبغه اليوداذ باستعمالها تفصل البشرة ايضا بل وان استعملت غير مخففة
 يفتيم عنها تنقيط وأقوى المصرفات فى هذا الداء الذى نعتبر انه أقوى من
 الحديد المحمر والمقص التشلل القوى الساخن على جلد المفصل المريض اذ
 باستعماله يشاهد احتقان واضح فى الجلد يستمر جملة ساعات وبه يسرع
 الامتصاص وزيادة عن الوسائط الموضعية السابق ذكرها التى ينضم لها
 استعمال الشمعات الرانجية والممكنة وذلك بالمرهم اليودى او محلول
 ليحول اليودى واستعمال اللصق الرقيقة الورقية أو فرة بعض الحيوانات أو
 القطن المجهرز أو غير المجهرز نوصى ولا بد باستعمال رباط ضاغط خفيف
 فى جميع الاحوال التى فيها لا يكون التغير المفصلى عتيقاً جداً
 بحيث لا يأمل فى حصول امتصاص المواد المتكاثفة فيه كالأورمضات ونحن
 استعمل بكثره الرباط الضاغط المصنوع من القوتى والقطن كما سبق شرحه فى
 الروما تزم المفصلى الحاد وانما نوصى فى الافات المفصلية الروما تزمة باستعمال
 هذا الرباط الضاغط وقتبامدة بعض ايام ثم تركه واستعمال الحركات
 المتعدية وذلك على المفصل المريض ومن الطرق العلاجية القوية التأثير
 والمنفعة فى الروما تزم المفصلى المزمن يعتبر بعض المؤلفين الآن استعمال
 التيسار الكهربي المسمى بالصاعد بل ذكر زيمالك انه تحصل منه
 على تحسين عظيم وتسكين الالام حتى فى احوال التهاب المفصلى المشوه
 واما المعالجة العامة التى هى المهمة الوحيدة فى احوال الروما تزم المفصلى
 المزمن المتعدد والى نساعد بالكلية المعالجة الموضعية فى المنفرد فاهمها
 انجتها استعمال الحمامات القاترة فان عدة من الاثني عشر شقبت

ولابد من استعمال المعالجة بالحمامات في نحو ولباد اوجستين اوفيفر
اوراجاتس اوتو بلندر اوفرزبان اوتوهيم اوريي اوتولان
اوبورسه شفاء تاما بعد استعمال الروماتزم عندهم على جميع الطرق
العلاجية كما لا ينكره كل طبيب مشغول بالطب العملي ولقد تجارب منعة
والامر المعلوم من ان جملة من الينايسع الحارة المختلفة الترسكب
الكيسماوى وكذا التي ماها لا يحتوى الا على قليل من الجواهر المعدنية
المشهور جميعها في معالجة الروماتزم المزمن يؤيد ولا بد كون المهم في معالجة
الروماتزم المفصل المزمن هو الاستحمام بالماء الفاتر وليس الاستحمام بهذا
او ذلك من المحاولات المعدنية الطبيعية ولذا ان من حشبة انقصاب الحمام
تلاحظ بغيره المريض وحالته الدنيوية وانما يفضل عند الاشخاص الكثيري
الحساسية وعند وجود الام عظيمة الحمامات الفاترة البسيطة او المياه
المعدنية الحارة الخفيفة جدا وانما الاحوال العتيقة المزمنة تفضل
الحمامات المشتملة على كمية عظيمة من الكبريت او ملح الطعام او الخلاصات
الراتنجية او نحو ذلك المحدثه لترج شديدا في الجلدوا كثر الحمامات شهرة في
معالجة الروماتزم المفصل المزمن الحمامات الهلالية او الطبيعية المعدنية في
مرسم باداوفر نسيباد او نيلدس او طين مياه البلجيه بحشمه ونحو ذلك والحمامات
المنتظمة السكاملة الاخيرة في المرسناتان يحصل منها على نجاح عظيم في
الروماتزم المفصل المزمن مثل ما يحصل عليه في بنابيساخن وتبلدس
ولباد الحارة وانما في الطب العملي فيعسر ولا بد اجراء معالجة بالحمامات مع
الاحترا من الدقة في بيت المريض ولذا يفضل ارسال المرضى التي تسمح حالتهم
الدنيوية الى احد الينايسع السابق ذكرها وحرارة الحمامات يكفي فيها ان
تكون من ٢٨ الى ٣٠ ريموريل ويفضل ذلك عن درجات الحرارة العالية
واما الحمامات البخارية المسكوبية فهي واسطة علاجية قوية ولا تفضل
الا عند الاشخاص الاقوياء البنية والذين لم يوجد عندهم اضطرابات جسمية
باطنية ويظهر تبعا للتجارب التي فعلت في ولباد وغيرها من الحمامات ان
من الجيد استقالة زمن الحمام شيئا فشيئا بحيث ان المرضى نحو انتهاء المعالجة
تمكث في الحمام نحو الساعة او يزيد من المهم جدا حفظهم بعد الحمام من

تأثير البرد مع الدقة فيوصى ان سمعت قواهم بتركهم يبرقون وهم مغفلون
 في احزمة من الصوف ويكرر الحمام الحار قدر ٢٨ أو ٣٠ مرة
 بعد الاخرى و يظهر حقيقة انه لا ينبغي تكرارها زيادة عن ذلك فيفضل ان
 كان النجاس غير تام ويكون تكرار المعالجة بعد بعض اشهر وفي اما كن المعالجة
 بالماء البارد لا تشفى المرضى المصابة بالروماتزم المفصلى المزمن سيما ان كان
 الداء غير حديث واستمر زمنا طويلا بل قد تزداد حالتهم واما في الاحوال
 الحديثة من هذا الداء فيظهر ان المعالجة بالماء البارد تكون ذات تأثير جيد
 احيانا واما الجوهر الدوائي المستعمل ضد الروماتزم فأشهرها صبغة ثمر
 الفلاح بأن يؤخذ منها بقدر ١٥ جرام مع خلاصة الاكونيت اى خاق
 الدثب بقدر ٣ جرام وصبغة الاقيون ٢ جرام ويعطى كل يوم من ١٥
 الى ٣٠ نقطة اربع مرات ولذا كانت كثيرة الاستعمال في الروماتزم المفصلى
 المزمن لسكننا تأسف من كونا لا يعرف حق المعرفة الاحوال التى
 تستعمل فيها صبغة الفلاح التى لا تنكر منفعتها في هذا المرض والاحوال التى
 فيها لا يأمل من استعمالها نجاح واما صبغة خشب الانبياء الطيارة
 والمركبات الانيمونية التى كانت فى السابق ذات شهرة عظيمة في معالجة
 الروماتزم فلا تستعمل الآن الا بندرة وفي بعض احوال الروماتزم
 المفصلى المزمن يظهر ان استعمال ودور البوتاسيوم بمقادير عظيمة (من
 جرام الى أربعة كل يوم) جيد للغاية خصوصا عند الانخفاض القاعلى
 الضعف والخصمين يظهر عند استعماله عادة حتى حصل التسمم البودى ولذا
 ينبغي المداومة على استعماله الى ان يتضح الزكام أو ان يطفح البودى على الجلد
 و بالنسبة للنجاح العظيم الذى تحصلنا عليه في العصر المتقدم من استعمال
 حمض الصغصا فيك في الروماتزم المفصلى الحاد قد صار الامل في الحصول
 على فائدة في الروماتزم انغمس في المزمع بواسطة هذا الجوهر الدوائى لكن
 الى الآن نجح هذا الحمض في الداء الذى نحن بصددده مشكوك فيه
 وعلى كل حال فمن الاكيد ان منفعة الواضحة هنا لا تقرب من منفعة في
 الروماتزم المفصلى الحاد والتدبير الصحى يختلف بالنسبة للاحوال الحديثة
 وعند اشبهان عن الاحوال العتيقة وعند الشيوخ ففي الحالة الاولى ينبغي

حتى حصل التحسين تقوية الجسم بالغلات الباردة والحمامات النهرية
والبحرية والرياضة في كل طقس وفي الثانية ينبغي التوقي من تأثير البرد ومنع
استعمال الحمامات النهرية والبحرية والتدثر بلبس اقصة من الصوف
على الجلد مباشرة مع الاصابة بغاية الدقة بتغيير اود النوم الرطبة المظلمة
او وجافة مضيئة

﴿المبحث الثالث﴾

﴿في الروماتزم العضلي المعروف بالحدار العضلي﴾

﴿كيفية الظهور والاصاب﴾

لا يبعد من الروماتزم العضلي الآفات الروماتزمية العضلية فقط بل كذلك
الاصابات الروماتزمية في الاوتار والاعتماد العضلية والاورتار العريضة
والهياق والتغيرات التي تعترى المنسوجات المذكورة في الآفات الروماتزمية
ليست معلومة بالدقة وعند وجود تغيرات تشريحية في الخلية يظهر انه يدل
تقريباً على ان تلك التغيرات التشريحية من جملة التغيرات التي لا تبقى اثرها
في الخلية او يتمسك اركانها اي اتم عبارة عن احتقان دموي مع ارتشاح
مضلي قليل لكن في بعض الاحوال يظهر ان التغير الروماتزمي لا يقتصر على
هذه الدرجة بل يؤدي فيما بعد له ووضعية النهاية في المنسوج الخلوي
ويكون ذلك هو انتهاء المرض قد وجد كل من ورجوف واثروريب في
العضلات محال حل فيها بدلا عن الالياف العضلية منسوج خلوي يابس ندي
(وهي التيبسات الروماتزمية) فعلى فرض جواز القول بانه يوجد احتقان
وارتشاح مضلي في الآفات الروماتزمية فليس من التلجب الا كيدان هذا
التغير هو الوحيد في طبيعة التغير الروماتزمي فانه قد توجد احوال خفيفة فيها
يفقد كل من الاحتقان والارتشاح المضلي ولذا ان كلا من فقد التغيران
التشريحي في الاجزاء المصابة بالروماتزم وشدة التألم فيها يكاد يؤدي للقول
بان الآفة الروماتزمية مجسها الاعصاب (وهي النظر بآفات الروماتزمية
العصبية) وعلى حسب ذلك فالسبب الرئيس في الالم الروماتزمي هو التهاب
الرضي النوعي في الانتهاء العصبية المصابة بل وذكرفوجيل انه شاهد في
جملة احوال من الروماتزم المزمن تخننا والتصاقا في الاعتماد العصبية مر

الاعصاب المصابة ومن اراد معرفة اسباب الروماتزم العضلي فليراجع ما ذكرناه في اسباب الروماتزم المفصل الحاد والزمن لاسيما وأنه لا يند ان يضاعف احدهما الاخر والمؤثرات البردية هي الاسباب الغالبة في الروماتزم العضلي كما يتضح ذلك من كثرة حصول هذا المرض في الطقس غير الجيد من السنة وكثير من الانعصاص من يشقى في فصل الصيف الحار وكل من المؤثرات الجراحية والمرض العضلي قد ينتج عنه ألم عضلي يشبه الروماتزم ومع ذلك فالقول بان الألم في الحالتين يلقوه واحد قد يربك العقل

في الاعراض والسير

العرض المهم بل الوحيد هنا في الروماتزم العضلي هو الألم الروماتزمي والجلد المنطى للجلد المصابة يظهر غير محرو وغير منتفخ ولا يحس فيه بارتفاع في درجة الحرارة فزيادة عن الاجزا المحيطة به والألم الروماتزمي يختلف باختلاف الاحوال الدقيق الاحوال الخفيفة من هذا المرض لا يتضح الا عند انقباض العضلات المريضة أو عند تمددها بالقوة وفي الاحوال الشديدة منه يحس بالألم ايضا عند الراحة العضلية وعند الضغط من الظاهر ولكنه يزاد عند فعل حركات انقباض والروماتزم العضلي كثير اما ينضم لغيره من الاحوال المرضية الخفيفة التي تنشأ عن البرد كالزكام والذبحة الحلقية التزلية والتلات الشعبية والمهرس الشفوي ونحو ذلك وفي مثل هذه الاحوال لا يندرا صغابه بمركلة جنة

وعلى حسب محل اصابة الروماتزم العضلي يميز له جملة اشكال تسمى باسماء مخصوصة فان كان المصاب العضلات الجبهية او القمعدوية او الصدغية او الصفاق العريض الراسي والسمحاق الجمجمي سمي هذا الشكل من الروماتزم العضلي بالألم الراسي الروماتزمي وينبغي الاحتراس به لان كثر استعمال هذه التسمية والتأكد الكلي قبل تشخيص ألم الرأس الروماتزمي بأن كانت الاجزا السابقة ذكرها هي في الحقيقة مجاسا للألم ام لا وبان كان انقباض اليافها يزيد في الألم لا وبان كانت الاصابة اولية وذاتية ام لا فان الروماتزم الراسي سهل اختلاطه جدا بالألم العصبي الراسي اي الصداع وبالتهاب السمحاق الزهري ومن الاعتيادات غير المقبولة

المنتشرة التعبير عن الاحوال العديدة من الالام الرأسية الشديدة المجهولة
السبب بالاصابات الروماتزمية للرأس والعوام الذين لا يميزون بين الروماتزم
والنقرس يسمون عادة كل الام رأمية مستعصية بالنقرس الرأسى وان
كانت عضلات العنق والقفاهى المصابة بالروماتزم سارت حركات الرأس
مؤلمة فالمرضى تخشاهاجذا وتجنبها بالكليّة ولذلك تنشأ جثاوة العنق
ومع ذلك فينبغى التوفى من اعتبار كل جثاوة عنقية روماتزمية فافانسانا لم
من التجارب ان كل جثاوة عنقية متعلقة بالتهاب فقرى عنقى يعبر عنها
فى الابتداء بروماتزم واه فى عضلات القفا وان كانت عضلات العنق واقفا
مصابة بالروماتزم فى جهة واحدة من العنق صار الرأس مقيّدا الى تلك
الجهة فينتاعن ذلك الميل الجانبي الروماتزمى للعنق المسمى بالتورسكاس
الروماتزمى وهذه الاصابة الخفيفة التى تزول عادة بعد قليل من الايام لا ينبغى
اختلاطها بشكل التورسكاس الهم الناشئ عن تشنج العصب الاضافى
لوس الذى تقدم شرحه واما الروماتزم العضلى الصدرى المعروف بألم الجنب
الروماتزمى فيجاسه على الخصوص العضلة الصدرية العظيمة والعضلات بين
الاضلاع فى الحالة الاولى تكون حركات العضلة جهة الامام وانقياض
الالياف العضلية المصابة وفى الحالة الثانية تكون حركات التنفس لاسيما
السعال والعطاس وميل الصدر الى احدى الجهتان مؤلمة للغاية واغلب
مثل هؤلاء المرضى يزعم بسبب عوق النفس ان الالام كثيرة الغور
وان المصاب هى الرئة أو البلور او حيث ان تحريك الجلد والوتر العريض
السطحي واليااف العضلة الصدرية العظيمة لا يزيدنى الالم فى الجائز ان يغتر
الطبيب ايضا ما لم يرتق الالم بواسطة الضغط بطرف الاصبع على العضلات
بين الاضلاع من الامام الى الخلف ولا يرتكز فى التشخيص الى فقد
السعال والعلامات الطبيعية ومن الجائز الوقوع فى خطأ بعكس ما ذكر
وهوان يعتبر الانتهاب البلوروى الجاف فى الابتداء قبل ان تكتسب
الوريقات البلورية الخشونة الكافية فى احداث اللعظ الاحتكاكى
روماتزم عضليا وزيادة من ذلك ينبغى عدم اتباس الروماتزم الصدرى
بالالم العصبى بين الاضلاع ويرتكز فى ذلك الى الاصفار المؤلمة الموجودة

في المرض الاخير والى ان الروماتزم يحصل عند الرجال بكثرة عقب تأثير
البرد بخلاف الالم العصبي فانه يحصل غالباً عند اشباب والنساء الا ان يوجد
عندهن ظواهر موهجة عصبية اخر واما الروماتزم الظهري المعروف
بالالم السكتي الروماتزمي فهو احد الاشكال الكثيرة الحاصل من الروماتزم
العضلي ويعرف بسهولة بحرق حركات الكتف والعنق وبالالام الشديدة
التي تحصل عند تحريك الياف العضلة القانوسية والعريضة الظهرية
والعالية وان كانت الطبقات الغائرة من عضلات الظهر هي المصابة
يعرف بالحناء فامة المرض وبالالام الشديدة التي يحس بها عند الميل الى
الامام واما الالام الصدرية البطنية التي تشاهد عند وجود سعال شديد
مستمر وتكون نتيجة للجهودات العضلية فتعرف من سببها واما الروماتزم
العضلي القطني فيعرف بشدته وسرعة ظهوره ومجملته العضلات القطنية
والصفاق العربي القطني ويعرف بالالومباجو فكثيرا ما يرى ان المرضى
التي كانت قبيل يعض دقائق تحرك مع الراحة التامة لا يكون لها
قدرة لجأة على الوقوف من محل جلوسها الا مع الالام الشديدة وكذا يحسون
بالالام الشديدة عند الاستلقاء في الفراش أو القيام منه وعند فعل حركات
اخر فيها يشترك الجزء السفلي من الامامود الفقري فيرى انها تخلص
المحنة وتبطل احتياطات مخصوصة لاجل عدم تحريك الاجزاء المتألمة
ولذا ان مثل هؤلاء المرضى المصابين بالالومباجو يكونون في حالة
مضحكة موجبة للاسف عليهم ولا يعمل دائما تميز هذا الالم الروماتزمي
القطني عن غيره من الالم هذا القسم وهناك امثلة عديدة فيها وقع الاستنباه
بينه وبين الالام العصبية القطنية والوركية مع تشعب في الالام الناتجة عن
اصابات مرضية في الاعضاء التناسلية أو احتقانات باسورية أو عن امراض
الرتة أو الفقرات الطنبية بل والنخاع الشوكي وبالجملة يمكن ان تصاب
جميع عضلات الاطراف اما احداها أو جملة منها بالروماتزم بحيث يحصل
عوق في حركاتها المختلفة

﴿ المعالجة ﴾

الاحوال الحديثة من الروماتزم العضلي المعصوبة بجمي وظواهر تأثير البرد

الجفيفة تكاد تبني دائما بالمعالجة للمعرفة بواسطة حرارة الفراش
والمشروبات الفاترة المعروفة وذلك عقب حصول العرق الغزير وفي
الروماتزم العضلي الغير الحمي المستطيل المسددة تكون الحرارة المنتظمة
المستطيلة هي اقوى الوسائط العلاجية لكن يندران يعنى المصاب
بالروماتزم به حتى يتجنب على الدوام تأثير البرد بل الغالب ان يصير على
مكايده مدة الفصول الباردة من السنة وينتظر حرارة الصيف للتخلص من
دائه واما الاستمراريات الدموية فلا فائدة فيها على العموم في الروماتزم
وانما يجوز استعمالها في بعض الاحوال الحديثة المصهوبة بالام شديدة جدا
واما الوسائط العلاجية الموضعية فاهما الخدرات المسكنة للالام ولا سيما
الحقن بالمورة بين تحت الجلد وفي احوال الروماتزم العضلي المستعصي اكثر
ما يستعمل الوسائط المحولة على الجلد كالاوراق الخردلية والمنفطات والحقن
الورقية والدلك بزيوت حبس الملولو ونحو ذلك وهناك واسطة قوية لانها مؤلمة
جدا وهي استعمال التيار الكهربائي المتقطع على الاجزاء المصابة بواسطة
الفرشة الكهر بائية واما استعمال التيار الكهربائي المستمر في الروماتزم
العضلي فيقال فيه ما ذكرناه في معالجة الروماتزم المفصلي المزمن وكذا يعتبر
التكليس والتدليك في العضلات المتألمة من الوسائط الجيدة في معالجة
هذا الداء

المبحث الرابع في النقرس

المعروف بالالتهاب المفصلي البولي وبداء الملوك

يكاد لا يوجد مرض يظهر من ابتدائه في جميع الاحوال بأعراض واحدة
مماثلة لبعضها ويكون حينئذ نوعا من ضيقا مما بنفسه الا النقرس والاحوال
العتيقة الزمنة من هذا الداء وان كان لها بعض مشابهة في ظواهرها
المرضية ببعض امراض اخر لا سيما الروماتزم المفصلي المزمن والمشوه
الا انه في مثل هذه الاحوال اعتبارا ابتداء هذا المرض يمنعنا عن الوقوع في
الالتباس وليس عندنا الى الان نظريات شافية بالنسبة لكيفية حصول
النقرس حتى ولو المتبعة عموما القائلة بازدياد حمض البوليك في الدم فانها
ليست مقبولة عند جميع المؤلفين حتى ان برتلس يشك في ان تكون

حمض البوليك يكون متزايداً عن الحالة الطبيعية عند المصابين بالنقرس
 حيث ينفذ في مثل هذه الاحوال لا يكون سبب تراكم الاملاح البولية النقرس
 في المفاصل ناتجاً عن ازدياد مرضي لحمض البوليك في الدم وان كان حيث ينفذ في
 ولا بد الفحص عن الشروط التي نقصت قابلية التحلل لحمض البوليك في
 المفاصل وغيرها من اجزاء الجسم فنذكر من هذه الحيشية ان سبب تناقص
 قابلية الانحلال ناشئ عن تكون حوامض واملاح حمضية وان سبب
 الازدياد الحمضي ناشئ عن تعاضل مقدار عظيم من المواد الزلائية
 والشحمية واضطراب في القناة الهضمية وقد زعم بعض المؤلفين الاخرين ان
 يفرز حمض البوليك من روج اعني انه ينشأ عن ازدياد حقيقي في حمض
 البوليك في الدم وعن صعوبة انحلاله ومما ينبغي اعتباره نظريات المعلم
 ج. ر. د. القائل بان الازدياد المرضي لحمض البوليك في الدم (الذي تبعاله
 يصل الى ١٧٥ ر. في الالف) ينشأ عن آت من اضطراب فعل
 الكيتين بمعنى ان افرازه المتناقص ينتج عن هذا السبب وهذه النظريات
 يعترض عليها بان الاصابات الكلوية المرضية التي تحصل حقيقة بكثرة مع
 النقرس لا تعتبر تغيراً اولياً في هذا المرض بل مضاعفة تابعة تحصل في اثناء
 سيره واما الاسباب المهيئة والمنممة للنقرس فعندنا منها معلومات أكيدة
 فمن الثابت بالتقاريم الطبية ان الاستعداد الوراثي له دخل عظيم في حصول
 النقرس وهذا يمكن اثباته في نصف الاحوال تقر بما يقع وجود هذا
 الاستعداد الوراثي يكفي بعض المؤثرات المضرة التي تسند كرها في
 انتاج هذا المرض بخلاف الانحاض الذين لم يوجد عندهم هذا الاستعداد
 الوراثي فانهم وان تعرضوا لمثل تلك الاسباب ولو بدرجة عظيمة جداً
 لا يصابون بالنقرس الا نادراً وبكاد لا يوجد هذا المرض في سن الطفولة وهو
 نادر عند النساء وكثير عند الرجال ولا يطرأ عندهم الا بعد سن
 الثلاثين تقريباً ويندرج حصول هذا المرض عند الفقراء مع وجود مريض
 بالنقرس في المرستان من النواذر العظيمة ويصاب من الانحاض من كان
 منهم مكافئ شهوات الماء كل والمشارب كالنيذ والبوزة ومع ذلك لا يرتاضون
 الا قليلاً فنشبه من جميع هذه الاسباب ان المهم في احداث النقرس هو

خلاف الاستعداد الوراثي تعاطى مقدار عظيم من الاغذية زيادة عما يحتاجه
 الفقد العضوي لاسيما المواد الزلالية والشحمية وغيرهما من الجواهر
 الغذائية المشتملة على الاسبراجين وتفاعات الكلس ومثل سوء التعادل
 هذا يندرج في سن الطفولية وعند النساء والشغالة والفقراء اما الافراط من
 المشروبات الروحية بانفرادها فانه لا يكفي في احداث النقرس ولولا ذلك
 لكان النقرس في الدرجات الانثوية الطبقات الانثوية الذين عندهم
 الافراط من المشروبات الروحية كثير الحصول جدا وكذا يبيى الرجال الاغنياء
 الذين لا يكون عندهم عادة الافراط من المأكول والمشارب زيادة عنما
 يحتاجه الفقد العضوي مصونين من هذا الداء واما الاشخاص الذين يوجد
 عندهم استعداد وراثي للنقرس فلا يمكن تجنب حصول هذا المرض عندهم
 ولو حكوا فوامدمنين على معيشة منتظمة في المأكول والمشارب ولذا كثيرا ما يرى
 تقدم حصول هذا المرض عند وجود هذا الاستعداد في سن الرجولية
 والشبوية

وهناك مؤثرات تخدم كاسباب متممة في حصول النوبة النقرسية
 كتاثير البرد والمؤثرات الجراحية والانفعالات النفسية ونحو ذلك وتبعاً
 التجارب جرد ومشاهداته يشاهد النقرس عند الاشخاص الموجود في
 صناعتهم من كبات رصاصة كالنقاشين والطبايعين ونحو ذلك
 ومن الامور المعروفة ان النوب النقرسية تسكر في فصل الربيع وتقل في
 فصل الصيف وتمكث في فصل الخريف

في الصفات التشريحية

وجد في جثة الاشخاص المصابين بالنقرس وان كان فعل الصفات التشريحية
 فيهم في المارستانات نادرا جدا الشتمال المفاصل المصابة بهذا المرض على
 بقايا التهابية كثيرة الشدة او قليتها وان التهاب والاعغشية الزلالية
 في النقرس الحقيقي تظهر علامة واضحة لهذا الداء وهي كونها مرصعة
 برواسب طباشيرية من املاح بولية متبلورة وفي الدرجات الخفيفة من هذا
 المرض يكون بعض المفاصل فقط متغيرا بهذه الكيفية بل كثيرا ما يكون
 المتغير فقط هو المفصل المشطى السلاحي لابهام القدم واما في الاحوال الثقيلة

المتقدمة فتوجد عدة من المفاصل متغيرة بهذه الصفة فتكون اضلعتها
المفصالية مغطاة بطبقات كثيفة من الاملاح البولية والغضاريف خشنة
والدافها ظاهرة وكل من الاربطة المفصالية والسمحاق والاكياس المخاطية
والانغماذ الوترية السكائمة في محيط المفاصل المريضة مرصع بكمية
عظيمة من تلك التسكونات الحمية البولية وفي مثل هذه الاحوال تكون
المفاصل متشوّهة تشوها عظيما في شكلها وتزرى من خلال الجلد المحمر
الداكن المزرق اشربة طباشيرية حمدة بل وقد توجد تلك التراكمات في
اجزاء اخر من الجسم كالمسوج الخشوي تحت الجلد والعضلات واصل
الاطراف والاجفان ولا سيما الغضاريف الاذنية وتكون هذه التراكمات
بصوان الاذن في المحال المغطاة بجلد رقيق نوع اثار ومبيض محاط بأوعية
دولية وهذه علامة واضحة اكيدة للنقرس الحقيقي واما التغيرات السكلوية
السابق ذكرها فيظهر انها تحصل بعد وجود النقرس بزمان طويل وهي
تبع العلم تجرود الذي شرحها بالذات وتسمى هليا الهيكلية النقرسية عبارة عن
ضمور كلوي يشابه الضمور الكلوي الحبيبي السابق ذكره وانما الفرق
الوحيد هنا هو انه يوجد على الدوام في الممرتين على انحاء القنوات البولية
المستقيمة اشربة مبيضة متكونة من املاح بولية وفي قمة كل حبة نقطة
مبيضة متكونة من تلك المواد ايضا

في الاعراض والسير

اغلب الاشخاص النقرسين يحسون قبل وضوح نوبة النقرس وضوحا تاما
بظواهر اخر ناتجة عن الافراط من شهورات الماء كل فيحصل عندهم سمن
وتضخم في البطن عادة وتحمرو وجوههم خصوصا الاتف بسبب ظهور اوعية
دولية فيه وتضخم البواسير عندهم وهذه الظواهر حيث انها تشاهد
في احوال عديدة اخر لا تعد من السوابق المرضية للنقرس

لكن ما عدا هذه الظواهر تسبق النوبة الاولى والثانية بظواهر مرضية
خاصة بالنقرس يتضح بصفة مرض عام ويسمى الاضطراب العام بالنقرس
التعبير التام وبالحالة النقرسية فيحصل للرؤى انحطاط ويضطرب نومهم
وشهيتهم وهضمهم وتحصل لهم نوب ضعف وانحطاط وعرق غزير وينتذف

منهم بول كثيف كثير الرواسب غالباً وكثير من الانبعاث من لا يعتبر
 هذا الاضطراب العام فلا يخبر الطبيب به ويظن انه ناتج من اضطراب
 احد الاعضاء ثم تظهر النوبة النقرسية كأنها فجائية ولو سبقها بظواهر
 مقدمة فيسقط المرئ من مناء دفعة واحدة بسبب الآلام الشديدة
 الممزقة الكائنة في المفصل السلاحي المشطى لاهام احد القدمين وتشتد
 هذه الآلام بصعوبة عظيمة جداً حتى يكاد المرئ يظن ان المفصل
 تمزق فيصير قلقاً في فراشه ويرى بنفسه من محل الى آخر وكثيراً ما يمتز
 الطرف المصاب بل ويجزع الجسم من شدة الآلام وبعد ظهورها بقليل
 يبتدئ الجلد المنطى للمفاصل في الاحمرار وينضم لذلك حركة جمة مع صلابة
 النض واهترار وجفاف الجلد وعطش شديد وبول مركز وهيجان نفسي
 عظيم ثم يحصل انحطاط نحو الصباح وتكون حالة المرئ مضطربة مدة النهار
 ولولم يزل الالام بالكلية وازداد انتفاخ الجزء المصاب من الابهام المصاب
 وكارماً كثيراً لا حراً وتظهر انتفاخ او ذيماوي خفيف في القدم وفي
 اليد اليسرى تتكرر انوبة ثانية بشدة مشابهة لشدة النوبة الاولى واقل
 منها بقليل ثم يحصل في اليوم التالي راحة من جديد وهكذا يحصل تعاقب
 ايام راحة بليال متعبة مدة اسبوع تقر يما ويندر ان يستمر ذلك اكثر
 من اسبوع الى ان تنتهي النوبة ويقتلص المرئ منها ثم ان الجزء السفلي
 من ايهام القدم الذي كان مجلساً لونة النقرسية يظهر فيه نفلس في
 البشرة بعد زوال الاحمرار والانتفاخ زوالاً تدريجياً ويعود الى حالة الصحة
 ويكاد لا يتسكون تشوهات نقرسية عتب النوبة الاولى ومن النادر ان يصيب
 النقرس عند ابتداءه مفاصل اخرى بخلاف مفصل ايهام القدم بحيث ان اصابة
 مفصل ايهام اليد او الكيتين أو الكيتين يعد من النادر في ابتداء هذا
 المرض

ثم بعد انتهاء النوبة وزوال الآلام والارق تحس المرئ بانها الى صحة عظيمة
 ومن تلك نشأة الاعتقاد بأن نوبة النقرس عبارة عن ظاهرة بمرئية وقبل
 ان في اثنا هذه النوبة تنقل من الجسم المادة المرضية لكن لا حاجة للاقول
 بهذا الاعتقاد الفناء لاجل توجيه الحالة الصحية الجيدة التي تتمتع بها

الاثنى عشر النقرس بيون عقب نزول نوبة هذا المرض فان نوبة النقرس تجعل
 المرضى في شروط صحية مخالفة لما نشاء عنه هذا المرض فان الحى تصرع جدا في
 حركة التحليل العضوى والفقد الحاصل في اثنائها لا يستعاض الا استعاضة
 نوعية وهكذا كل من الارق والالم يزيد في الفترة العضوى ويعوق عدم
 التناسب الكائن بين حركة التحليل والتركيب التى اعتبرناها سببا رئيسا
 للنقرس وباقى مضاعفات هذا المرض كالسمن المفرط والبواسير ونحو ذلك
 تتعادل بواسطة النوبة النقرسية والحى المصاحبة لها بذلك توجه جودة
 الصحة التى تكون عليها المرضى بعد نزول النوبة ثم ان المكابدات التى
 يكابدوها المريض اول مرة نقرسية تزول بدون ان يبق لها اثر فيساها
 المريض بالكلية ولولا ذلك لكانت اول نوبة نقرسية هى اول النوب واخرها
 لكن اغاب الاثنى عشر النقرس بين يجهلون ذلك وبعد استمرارهم مدة
 من الزمن على تدبير غذائى جيد يمتثلين لاوامر الطبيب يعودون للعيضة
 الفترة شيا فشيا ولذا تعقب النوبة الاولى بنوبة ثانية والثانية بثالثة
 والثالثة برابعة وهكذا تنكرر النوب جملة مرات وتكون ذات سير مشابه لما
 قبلها من النوب السابقة كثرة وقلة في الابتداء وقد تستمر الفترة بين النوب
 سنة او سنتين ثم يحصل فيما بعد جملة نوب في ظرف سنة واحدة ومتى صارت
 الفترات صغيرة اختلفت هيئة النوبة وطرزها عما كانت عليه واما
 نفس التغيرات فتكون قليلة الوضوح ومن ثم يفتقر النقرس من الحالة
 المنتظمة الى الحالة غير المنتظمة اعنى من الحالة الحادة الى الحالة المزمنة
 أى من النقرس القوى الى النقرس الضعيف

وبعنى بالنقرس المزمن شكل النقرس الغير المنتظم الذى فيه تسبق النوب مدة
 من الزمن باعراض سابقة خصوصا بطواهر فساد الهضم وبقية النوب نفسها
 تكون مصحوبة بالام وحى قليلتى الشدة لكنهما يستمران مدة اسابيع
 او شهور وفيه ايضا لا يندر ان تصاب عدة من المفاصل مدة النوب اصابة
 متعاقبة او دفعة واحدة ومن هذا الشكل ايضا تكون على الخصوص
 التراكبات البولية الكلية في عدة من المفاصل وفيما حو لها كما ذكرنا
 سابقا وكل من الاتفاخ والاحمرار اللذين يرتقيان عادة في النقرس الحاد الى

اشد الدرجات في اليوم الاول او الثاني يظهر انه في القوس المزمن يدعى هولا
يصير الاحرار كثير الشدة والانتفاخ يكون اكثر انتشارا اوديم او يابعد انتهاء
النوبة في هذا الشكل لا يزول الانتفاخ بالكلية ولا يحصل منه تقلص في
البشرة بسرعة كما في القوس الحاد بل يستمر مدة من الزمن ~~كثيرة~~
الطول او قليلة والمنسوجات المحيطة بالمفاصل بعد ان كانت رخوة وعجيبة
يظهر في سمكها فيما بعد جسيمات صلبة تحتل بعضا ويكون قعجرات
قوسية وهذه القعجرات وان كانت في ابتدا اصغر من الانتفاخ الا انها
تزداد شيئا فشيئا بواسطة تراكمات اخر عليها في اثناء النوبة الثانية بحيث
تكتسب جمعا عظيما جدا فيما بعد

ثم ان المفاصل المصابة تصبح مؤلثة شيئا فشيئا ولوي زمن الفترات وتتعمر
حركاتها وتصبح منهوكة بسبب التراكمات الحجرية التي تحصل في باطنها
بسبب التغيرات الانتفاخية التي تحصل في باطن المحفظة المفصالية والاربطة
وذلك يحصل بسبب التريج المستمر لهذه المنسوجات المفصالية الناتج
عن التراكمات الحجرية للتسكونة فيها فلا يكون للارضي قدرة على المضي
الابصر عظيم متسكنين على عصابيلو يحصل عندهم تسرع في حركات
الايدي ان كانت مجلبة لهذا المرض وقد يشأ عن التراكمات الحجرية بسبب
التغيرات التي تحدثها في المندرجة تحول المفاصل تقيم وهذا التريج
الخارج منها كثيرا ما يكون مختلطا بجمعات حجرية ضئيلة بالجس
او التراكمات الحجرية الصلبة

ومنى استمرت مدة داء النقرس المزمن حصل اضطراب مستمر في البنية
ايضا فيسزل سمن للارضي وتناقص قواهم العضلية ويضطرب الهضم
ويحصل عندهم قلس حاد وتكون غازات بطنية واسهال غير منتظم
وكثيرا ما ينضم لذلك اضطراب في الدورة كذلك ويكاد يحصل في جميع
الاحوال تغيير وكاثر في الخلق وينسب اضطراب التغذية عادة هو وغيره
من اضطراب الوظائف في اثناء سير داء النقرس المزمن لسوء قنية تقرسية
يسكن من الجائر ان الحمى الخفية التي لا تعرف الا بالترموميتر المصاحبة لداء
النقرس المزمن هي التي ينشأ عنها سوء قنية ايصا ثم ان داء النقرس المزمن

وإن كان يعقب عادة داء النقرس الحاد كما ذكرنا فيما تقدم وذلك بعد أن تكون
 بنية المريض قد اضطربت بواسطة النوب المتكررة أو المعالجة
 المضعفة لكن مع ذلك تشاهد أحوال فيها يظهر داء النقرس الضعفي أو غير
 الطبيعي ظهوراً أولياً ويعنى بالنقرس الضعفي أو غير الطبيعي شكل من هذا
 المرض لا تظهر فيه نوب واضحة أو الذي فيه لا تكون لبنية المرض قد سره
 على ظهور النوب النقرسية الاعتيادية كما يعنى بلفظ النقرس الضعفي عادة
 وقد بولغ في الأزمنة السابقة في تشخيص النقرس الضعفي أو الغير الطبيعي
 مبالغة زائدة لكن من جهة أخرى نجزم بأنه قد وقع الخطأ في العصر المسجود
 من اعتبار جميع الظواهر المرضية الواضحة التي تحصل عند المصابين
 بالنقرس مجرد مضاعفات تطرأ على النقرس وليس ينبغي أن يثبت لها ارتباط
 لا واسطي فإنه لا يندون أن يشاهد عند الأشخاص التي كانت مصابة من منذ
 زمن طويل بنوب نقرسية منتظمة حالة مرضية يجوز ولا بد اعتبارها نقرساً
 ضعيفاً أو غير طبيعي فهو بخلافه مثل هؤلاء المرضى حالة مرضية بنية تنصف
 على الخصوص بحالة توران جسدي ٤٠٠ وضعف عضلي وظواهر سوء الهضم
 وازدياد في إفراز العرق غالباً وكثافة في البول وتعميره وينضم لهذا
 الاضطراب البني العموي الحاصل بأقل مؤثرات كالتهاب عن التدبير
 الفلاني المصلي والانفعالات القسائية والتعرض للبرد والانتقابات الجوية
 وتأثير بدون تأثير تلك الأسباب المرضية إلا أن في أحد المفاصل تشتد جدا
 نذكرنا نوبة النقرس التامة ويظهر مع تلك الآلام احمرار ضعيف وانتفاخ
 غير واضح في المفصل المصاب وتزول هذه الظواهر بعد قليل من الساعات
 وفي أحوال أخرى لا يظهر كل من الاحمرار ولا الانتفاخ فتسكون الآلام
 الشديدة العلامة الوحيدة المذكورة لنوبة النقرس ومعرفه هذه الحالة
 المرضية الغير العادية وانه لم يت بواسطة النوب النقرسية الطبيعية
 السابقة فطر ونوب نقرسية حادة لا يبقى الذي شك في تشخيص النقرس
 الضعفي ويعسر تشخيص مجموع الأعراض السابق ذكره وتوجيهه وتمييزه
 عن الروماتزم المزمن المتصير إذ لم يكن مسبوقاً بنوب نقرسية حقيقية
 أو طرأت عليه فيما بعد ويظهر لسان شكل النقرس الضعفي الذي نحن

بصدده قد يحصل احيانا حصولا اوليا وتظن انه يمكن تشخيصه في جميع
الاحوال التي فيها يوجد استعداد ورائي النقرس والتي فيها يكون المرض
مستمر على الاقراط من شهور الى كل والمشارب والتي فيها ايضا يظهر
احمرار متعيق وانتفاخ مصحوبين بأحاسيس مؤلمة خصوصا في المفاصل
الصغيرة القدمين واليدين وفيها يوجد زيادة عن ثوب الآلام حالة سوء تقنية
تقرسية واضحة فقد شاهدنا احوالا من هذا القبيل فيها فعل التشخيص
وصار استنتاجهم هذه الكيفية وتأيد فيها بعد فان المرضى لم ينضج لها فقط
انهم لم تتأثر من البرد وتنقل حالتها المرضية العامة من الرجوع للأقراط
في المآكل والمشارب الروحية خصوصا النبيذ والبوزة بل وان الطرق
العلاجية المضادة للروماتزم لم تستمر عندها بخلاف الطريقة العلاجية
المحدثة لازدياد في جرصة التحليل وسرعته فانها تصبح في ما تحسبنا
مستمر احواء في القلوب احرار الموضوعية او سوء التقنية النقرس

وليس عندنا ادنى شك في انه يحصل حقيقة عند المصابين بالنقرس تراكمات
من املاح بولية مع ظواهر الاحتقان والالتهاب في أعضاء اخر دون المفاصل
وبعبارة أخرى انه يوجد تقرس باطنى غير طبيعى وهو لا عبر عنه عند الاقدمين
بالنقرس الميتاستازى (اى الانتقالى) ولا نرى شك في تأييد هذا القول على
مشاهدات ذالكى التي ثبت منها وجود تراكمات من املاح بولية بعد بط
الحالبين من الدجاج والاوز لم تكن في المفاصل فقط بل في معظم الاعضاء
الحشوية تقرير بالاسما المعدة والقلب والرئتين بل نرى تكاثر ذلك على كثير من
المشاهدات الاكلينكية المؤيدة لذلك بدون شك فقد شاهدت قبل زمن قريب
عند كهل مصاب بالنقرس من منسنيين عديدة ذبجة حلقية حصلت مع
التهاب تقرسى واضح في أن واحد وكانت هذه الذبجة متصفاة ببولون
مزرق مخصوص في الحلق وصارت سير امحيا لفا لا شك كال الذبجة الحلقية
الاختيادية وزالت بزوال التهاب المفاصل وليس عندى شك ان الواقع في
هذه الحالة هي ذبجة حلقية تقرسية كما اننى شاهدت عند مرضى آخرين
مصابين ايضا بالنقرس الواضح اعراضا التهابية دماغية تبهت ولا شك عن
التهابات تقرسية محدودة في السحايا وفي كلناها تسين الحالتين امكن

تبقى جميع امراض الدماغ ومهاياها الاخر نفيا اكيد الاسيماز والى تلك
الظواهر المرضية في ايام قليلة عند احد هذين المرضين بظهور كمية عظيمة
من الاملاح البولية وخروجها مع البول وبظهور ثوبية تقرسية واضحة عند
المرضى الاخر اما ليس عندنا صفات تشريحية ثابتة ثبوتالا واسطيا بوجود
النقرس الباطني لندرة اجراء ذلكنا والاشكال المهمة من النقرس الغير
الطبيعي الباطن هي

اولا الاصابة النقرسية المبدية وهذه الاصابة تظهر باعراض الم معدى
شديد للغاية، مصحوب بقيء وربما عقيمه الموت

وثانيا الاصابة النقرسية الاماعية وهذه الاصابة يمكن ان تظهر باعراض
كاعراض السكتة المخية الهاعية وتارة تظهر بالآلام شديدة محدودة في
الرأس ودوار وقىء

وثالثا الاصابة النقرسية اقلب وهي تنصف بعدم انتظام ضربات القلب
وعمرها ونوب عسر عظيم في التنفس وانغماء شديد وبالجملة فقد ذكر
بعضهم اصابة تقرسية نخاعية ينتج عنها شلل النصف السفلي فجأة
وبايعضا اصابات تقرسية ثوبية ينتج عنها نوب عسر في التنفس وجميع هذه
الاشكال النقرسية غير الطبيعية الباطنة تتميز بكونها تحصل حصولا
جسائيا وبانها ذات سير غير منتظم وبانها في الاحوال المتساوية بالشفاء تزول
زوالا سريعيا تاما واذا صادف ظهور الاعراض المذكورة زوال الاصابة
المفصلية الدائرية وبالعكس بمعنى أنه صادف ظهور اعراض النقرس
الدائري زوال الالم المعدى والاعراض المخية أو عسر التنفس أو
الحرقان ما عدا الظن بوجود اصابة تقرسية غير اعتيادية باطنية وان امكن
في مثل هذه الاحوال رفض القول بوجود امراض اخرى معدية أو دماغية
أو قلبية تأكد ولا بد تشخيص النقرس غير الاعتيادي الباطني
واما في غيرها من تلك الاحوال فتشخيص النقرس الباطني عبارة عن مجرد ظن
او وهم فمثلا اذا حصل في اثناسير النقرس شبه سكتية فلا تقف على حقيقة
الامر بان كان الانسكاب الاماعي الدموي تقرسيا ام لا بالافتقار لشرحية
وسير النقرس مستطيل مزمن والانتفاء بالشفاء التام نادرا وكان يمكن

ان يكون كثير الحصول جدا لواتزمت المرضى بنوع حالة المعيشة
واستمرت هليها قبل استعصائه كما ان انتماها ماوت نادر جدا فلا يحصل
الامن نوبة تقرس باطنى غير اعتيادى والغاب الما بين بهملاكون من
مضاعفات أو امراض اخر تظر أعليهم

في المعالجة

حيث نحقق لنا ان السبب الرئيس في حصول النقرس هو عدم التوازن بين
حركتي التماثل والتعايل خلاف الاستعداد الورائى كانت الدلالة السببية
في معالجة هذا المرض هي اتباع الوسايط الصحية التي بها يتعادل عدم
التوازن المذكور بين التماثل والتعايل وذلك بقايل كمية المعاطات
والشروبات الداخلة في الجسم وارتقاء تحللها

وفي اثنا سير النقرس خصوصا عند انتقاله من الشكل المنتظم الى الشكل
الفسير المنتظم لا ينبغي تقوية حركة التحليل الامع غاية الاحتراس بسبب
وقوع المرضى في حالة ضعف الاله في جميع الاحوال الحديثة من النقرس
وعند جميع المرضى الذين يتضع من حالتهم العامة وتغذيتهم عدم
التوازن في التغذية لا يمكن حصول تحسين حالة المرض وشفاؤه الا باتمام
ما تدعيه الدلالة العلاجية السببية فعلى ذلك يكون من الواضح ان المعالجة
بالجواهر الدوائية في النقرس اهميتها فانوية بالنسبة لترتيب حالة المعيشة
وابتباع تدبير صحى غذائى فانه اهم شئ في معالجة هذا المرض ولذا ينبغي
ابتداء الايصاء مع التاكيد بتعيين الكمية الغذائية التي يتعاطاها المريض
بحيث ان المصاب بالنقرس يلزمه ان يعرف حق المعرفة اى نوع من الغذاء
يتعاطاه و اى كمية من كل طعام فانه وان جاوز احيانا مع ذلك او امر الطبيب
بعدم عليه اهمالها بالكلية فيما اذ لم يكن له معرفة بذلك فان كثيرا من المرضى
من يخشى عدم الامتثال لاوامر الطبيب اكثر من كونه يخشى العواقب
المفومة المرضية وينبغى للمصاب بالنقرس تجنب الاكل في الولايم وعليه ايضا
ان يقتصر على الاغذية النباتية خصوصا الشوربة والخضراوات والثمار
ونحو ذلك ولا يتعاطى اللحوم الامرة واحدة في النهار كما انه يتجنب استعمال
المشروبات الروحية كالبيذ والبوزة فانما تبغى في حركة التحليل فان

الأشخاص المستعدين لسمن يزداد عندهم تكون النهم من التمداد مع
 الكثرة على شرب النبيذ أو البوزة بحيث أن أغلب الأشخاص العائشين
 بهذه الكيفية يصيروهم مجر امتداد أو رذتهم ممثلة إلى أن يحصل عندهم
 اضطراب في الخضم أو نتيجة من النتائج الفاسدة للأقراط من المشروبات
 الروحية وهذا هو السبب في عدم وجود داء النقرس عند الأشخاص الذين
 لا يتناولون المشروبات الروحية فيلجئ لمنع تعاطي المشروبات المذكورة
 للأشخاص النقرسين أو أقله بترك التمدد عليهم شيئاً فشيئاً وكذا يقال
 في استعمال القهوة والشاي فإن هذين الجوهرين وإن لم يشتملا على عناصر
 مغذية بكثرة استعمالهما لا يبعد من الأسباب التي تزيد حركة التمثال
 لأنه من الثابت أن استعمالهما يؤثر على حركة التحليل كدأثير النبيذ
 والبوزة بحيث أنه باستعمالهما تحفظ القوى أو يقل طلب الماء كل أيضاً
 والمشارب من جهة حركة التحليل العضوي ولذا أن هذين السائلين مضران
 أيضاً لمن يكون مصاباً بالنقرس ويمكن ذلك استعمال الماء فإنه أن أخذ
 بكمية عظيمة يسرع في حركة التحليل العضوي وزيادته فإنه باستعمال
 كثير من الماء لا يحصل التطلب للماء ككثرة كما يحدثه كل من النبيذ والبوزة
 والقهوة والشاي بكثرة استهلاكه لا يصير الشخص قدرة عظيمة على تحمل
 مشاق كثيرة كما وأن بكثرة استعماله لا ينسب الشخص سمن البطن ولا اللون
 الأحمر المتوقد للوجه ومن جهة أخرى من المحقق أن كمية البولينا المنفرزة
 في ظرف ٢٤ ساعة تكثر عقب استعمال كثير من الماء القراح وتقل
 عقب قلة استعماله ولو مع شروط صحية متناسقة وإن أزداد البولينا بشاهد
 عند الأشخاص الكثيرين من تعاطي الماء القراح بكمية ليست وقتية
 بل بكمية مستمرة ولذا يتضح من ذلك أن استعمال الماء بكثرة يزيد
 في حركة التحليل وعلى ذلك فاستعماله جيد عند المصابين بداء النقرس كما
 وإن استعمال النبيذ والبوزة والشاي والقهوة مضر لهم

وحيث أن الفعل العضلي يعين أيضاً على سرعة حركة التبادل العضوي ويزيد
 في تحليل العناصر الجسمية فمن الواضح أن المعيشة الجلوسية تضر بصحة
 الأشخاص المصابين بداء النقرس وإن الرياضة المنتظمة لها دخل عظيم في

معالجة ولولان النظريات التي ذكرناها تطابق بالكلية النتيجة
العملية في معالجة داء النقرس لما اطلنا الكلام عليها بحيث ان القواعد
العلاجية المستعملة في هذا الداء يستتبع جميعها من معرفة كيفية تأثير
الجواهر المختلفة على التغذية بحيث انه يوجد طرق علاجية للنقرس
مستتجة من ذلك كطريقة كادييه والعلم قوا المشتعلة على تعاطي كوبية من الماء
الغازي في كل نصف ساعة والمعالجة بالمياه المعدنية المستعملة في داء النقرس
ليست الا درجعة انتقال من المعالجة بالوسائط الغذائية الى المعالجة
بالجواهر الدوائية وهذه المعالجة مستعملة في داء النقرس أكثر من
غيرها من جميع الامراض والينايع المعدنية المشهورة بانها مضافة
لنقرس هي مياه كارلسباد وناو وبيشي ومارين بادو كسينج وهسبورغ
وغيرها من المياه التي تتركز بونائية ويظهر ان التأثير الجيد لهذه الينايع
المعدنية يتعلق بكونها تؤثر على الامتلاء الدموي الذي ينتج من عدم التوازن
بين حركتي التقايل والتركيب العضويين سواء كان هذا الامتلاء نتيجة
ضخامة في الدم أي ازداد عناصره الخلوية وازداد في كثافة الجواهر
الساكنة السابحة فيه (وهو مص الدم) أو نتيجة زيادة كمية الدم بتمامها
ومن المهم معرفته ان التأثير الساقى لتلك المحلولات المحمية الطبيعية في
أحوال الامتلاء الدموي والذي يفوق تأثيره على تأثير الماء القراح البسيط
مطابق بالسكاية لمشاهدات سميد وفوجل المستتبع منها ان كمية الزلال
المحتوى عليها مص الدم وملاحه تكون على الدوام في نسب مضادة لبعضها
ولا يمكننا قطع الحكم بكون أي تلك الينايع يفضل في معالجة داء النقرس
ولا كون المحلول المحمي المتكون من ماء كيسيغين وهسبورغ يزيل الامتلاء
الدموي بسرعة وبكيفية تامة أكثر من ماء كارلسباد أو مارين بادو
أو بالعكس وكذا لا نتعرض لقطع الحكم في كون تعاطي تلك المحلولات
المحمية لا تؤثر فقط جيداً في الامتلاء الدموي بل أيضاً في اضطرابات
التبادل العنصري التي ينشأ عنها عند بعض الائنات من الاعتريم الامتلاء
الدموي سواء أقمية النقرس التي نخرج من تراكم الاملاح البولوية في الدم
كما وانه يعسر علينا جواب أي طريقة علاجية وأي ماء طبيعي ينبغي استعماله

عند وجود ضفة مخصوصة في الحالة الراهنة لكل مريض بحيث لا يمكننا
البيان والحالة هذه ما نه في حالة ينبغي استعمال ماء كيسان وفي حالة أخرى
ماء كارلسباد أو ليسباد أو هيمبورغ أو ويني وإياها يفضل كما وأنه لا ينكر
أن في العصر المستجد شوهدت منفعة عظيمة من استعمال طريقة علاجية
منتظمة بالمخ المعروف بمخ بولريش المركب من كبريتات الصودا وكر بوناتا
بحيث أن هذه الطريقة كادت تجاري استعمال المحلولات الحية الطبيعية
في المنفعة

ومهما كانت جودة الطريقة العلاجية المذكورة وكثرة منفعتها في معالجة
النوب النقرسية الحادة متى استعملت بغاية الدقة والتدقة فدينتج عنها
أحيانا ضرر عظيم إذا وضعت المريض في حمية قاسية ومنع بالسكاية دفعة
واحدة من استعمال المشروبات الروحية التي كان معتادا على تناولها عادة
من السنين كما يحل ذلك إذا استعملت جميع الوسائط المضعفة بقوة عظيمة
وبكيفية مستمرة فانه البان التمسك السكلى بمثل هذه المعالجة والاستمرار
عليها ينتج عنه زوال النوب النقرسية الحادة لكن ما توقعه في حالة النقرس
غير المنتظم الضعفي أي المزمن وأي فائدة للمريض في هذا الأمر أي من
استقالة المريض من الحالة الحادة إلى الحالة المزمنة بسرعة فانه حين ما يظهر
عند المصابين بداء النقرس أعراض سوء القنية يزداد المرض بتأثير المعالجة
المضعفة فالأوفق في مثل هذه الأحوال استعمال تدبير غذائي مقروان
يؤمر بتعطيل النيبذ بقلة لكن إذا أريد تقويته بهذه المعالجة لا بد من
الاحتراس من الإفراط في مثل هذه الأحوال وإن لم تسمح الحالة بتقليل
التغذية يجب على الطبيب الاهتمام في إجراء الأمور والاحتراسات
التي يترتب عليها تبرع حركة التحليل فلا تؤمر المريض بالراحة وتترك
فيما بل تؤمر بالرياضة على قدر طاقتهم ولا يعطى لهم كمية عظيمة بل تعطى لهم
الينابيع القلوية الحمية والمورياتية والمشملة على الحديد فان ذلك أجود
من تعاطي الينابيع الحديدية المبرف أو مجرد الاستحضارات
الحديدية وإن لم توجد دلالات مخصوصة لأجل استعمال محلولات ملحية
ينبغي ولابد الإبقاء باستعمال مقدار عظيم من الماء القراح أو المياه

الحضية الصودية ولاجل التمشك بذلك بالدقة يلزم الطبيب الايحاء
بمقدار ما يتعاطاه المريض من تلك المياه

ومن حيثية اتمام ما استدعيه معالجة المريض نفسه فلا يمكن وضع فاقدة
عامة لذلك فان النقرس الذي لم يزل مرصا غير معروف في حق المعسرة ليس
عندنا جوهر نوصي لشفاؤه شفا الا واسطيا فان العلاج وان اعتبره بعض
الاطباء نوعيا في هذا المرض يظهر ولا يذ ان تأثيره ملطف فقط وقد عدل
الآن كثير من الاطباء عن التسمادي في استعمال هذا الجوهر الدوائي
زمنيا بل يقتصر على استعماله اثناء النوبة الحادة فقط واكثر الجواهر
الدوائية استعمالها لهذا الداء في العصر المسيحي ذكر بونات الليتيوم ولا
سيما من منذ ما ثبت العلم ليبوتس ان بولات الليتيوم تفوق جميع
التراكيب البولية في سهولة الانحلال في الماء ويعطى هذا الجوهر
الدوائي امامه حقا او اقراصا من ٥ سنجرام الى ٣ فيجرام جلسة
مرات في النهار ويعطى على مئة محلوله بقدر جرام على ليتر من الماء
وستعمل من ذلك قدر ليرين كل يوم

واما معالجة النوبة النقرسية فتبايتها تنقص مدتها بقدر الامكان
وتلطيف الالام المصاحبة لها وقدلت التجارب على ان مضادات الالتهاب
في الالتهاب النقرسي لا تلطف الالام ولا تقصر النوبة وزيادة عن ذلك
فقد اتضح بالتجارب ان المبادرة باستعمال المعالجة المضادة للالتهاب
لا سيما الاستفرغات الدموية الموضعية والعامة والمسيلات الهيمية
يساعد على انتقال النقرس الحاد المنتظم الى النقرس المزمن وحيث
لا يستعمل الاستفراغ الدموي الموضعي بواسطة الحقن في الاحوال التي
فيها يكون الالتهاب المفصل ذاتية عظيمة جدا وعند الانبياس
اقربا البنية وكذا استعمال التهريد على المفصل يحذر منه غالبا واما
المستعمل بكثرة في نوب النقرس الحاد والتمن فهي المسكنات
ولام يبالى العلاج وليس عندنا معلوماتا كيدة بالنسبة لخواص العلاج التي
يؤثرها في النوب النقرسية وقد نفي العلم جرد كونه يؤثر بصفاته
المسكرة للبول ويقذف الحصى البولي من الجسم ويعطى عادة من صبغة

الملاح أو ينبت من ٢٥ إلى ٣٠ نقطة أربع مرات في النهار
 والمقادير العظيمة منه التي ينتج عنها الام في البطن واسهال ليس فيها
 منفعة زيادة من المقادير الصغيرة السابق ذكرها وزيادة عن تغايط
 الصلاح يوصى بشرب ماء عذيق جفني بمقادير عظيمة واما خفض
 الصفصافيك وصفصافات الصودا اللذان لهما كبير استعمال في الروماتزم
 الحاد فقد صار استعمالهما في العصر المستعجل في النقرس ايضا ذكر بعضهم
 ان لهما منفعة فيه ومن قبيل النظريات القابلة بمجودة استعمال مقسدار
 عظيم من الماء في معالجة النقرس معالجة النوب في هذا الداء على حسب
 طريقة كاديه التي بها يوصى المريض بشرب كمومية من الماء القراح
 الفاتر كل ربع ساعة (وفي هـ الماء الكوبية قدر ١٨٠ جراما من الماء)
 ويظهر ان بهذه الطريقة قد يحصل على نجاح عظيم لكن مع ذلك فالظاهر ان
 هذه الطرق تقلل عن الخطر ولذا لا ينبغي استعمالها مع الضبط
 المذكور وفي اثناء النوبة يلزم ان يكون الطرف المصاب في وضع مرتفع
 ومثلق بالقطن الناعم مع وضع المريض في حمية قاسية والدلالة العرضية
 المهمة في اثناء النوبة عبارة عن تطهير الاام التي كثير امار تكون غير
 مطابقة ومن اجل ذلك يعطى عادة مركب افير في سيمامدة اللبل أو الحقن
 بالموزين تحت الجلد بجوار المفصل المصاب وكذا الكورال الايدرا في قد
 يحصل منه على فائدة بالنسبة لالرق اللبلي وان بقي بعد النوب اضطرابات
 خفيفة في الحركة وجب استعمال معالجة بالمياه المعدنية كولدباد وتيلس
 ووسباد ونحو ذلك وان هدد التهاب المفصل بالتهيج وتكون خراج
 وجب استعمال الضمادات الفاترة وان أدى الخراج للتقرح وجب
 الاستمرار على استعمالها حتى تنفي القر ورح من الالاح البولية وتنبه
 نحو الشفاء وكذا معالجة نوب النقرس الباطني غير الطبيني فليس
 عندنا فيه قواعد عمومية يرتكن اليها واما استعمال الاستفراغات
 الدموية فكثيرا ما يؤدي لانحطاط خوار واما استعمال المعالجة المنبهة
 فهي من حيشية مضاربة للشلل العمومي اتم وانجسج وان كانت قبل ذلك قد
 زالت اصابة المفاصل الدبرية قبل اصابة الدماغ أو القلب أو المعدة وجب

ولا بد تغذية تلك المفاصل بجواهر مهيبة راتنجية بقصد التحويل

في المبحث الخامس في الراشيتيم

(اعني انتفاخ العظام وتقوسها ويسمى بازدياد العظام وبالداء الانجليزى)

في كيفية الظهور والاسباب

التغيرات الرئسة التي تعترى العظام في هذا الداء عبارة عن غزو وانتفاخ في
غضاريف الامراف العظمية والسماق وبذلك يحصل ازدياد في النمو
الطبيعى للعظام طولاً وسماكاً هدم اتمام في تعظم تلك الاجزاء العنصرية وفيه
البقية المعترى بها هذا المرض وحينئذ فالراشيتيم لا يكون عبارة عن لين
مرضى في اجزاء عظمية كانت صلبة من قبل بل عبارة عن بقاء لين غير
طبيعى في منسوجات يحصل فيها التصلب في الحالة الطبيعية بتراكم املاح
عظمية فيها وقد استبان لنا في العنصر المستبعد بعض استنتاجات مهمة بالنسبة
لكيفية حصول هذا المرض لكنه يتضح لنا بالمبحث الدق انه لا يمكننا الى
الان وضع نظريات ثابتة في هذا المرض فان كيفية ظهور موضوعها من جهة
توجيه النمو المرضى في الجوهر العظمى ومن جهة اخرى عدم حصول
التعظم التام في تلك الاجزاء النامية وتناقص تآكل الاملاح العظمية في
الجسم وقلة دخولها فيه من الجائز ان يوجه به الامر الاخير لكنه لا يكون ينبوعاً
للتهم والنموى العناصر المكونة للجوهر العظمى ولذا انه لتوجيه هذا الامر
الاخير نميل الى الرأى القائل بوجود حالة دسكرازية او دياتيزية ولنذكر
ابشء النظر يات المعصدة لوجود دياتيز مرضى لبنى فانه كثير ما يحصل في
معدة الاطفال الرضع تكون الحمض اللبنى عقب تحلل اللبن والمواد النشوية
ووصول هذا الحمض الى الدم وباقى الاخلاط وهو ذلك ينتج من جهة التهم
والنمو الغير الطبيعى في المنسوجات المكونة للعظم ومن جهة اخرى يتمتع
تراكم الاملاح السكسية الداخلة مع الاغذية في الاطراف العظمية بسبب
المحلاط هذا الحمض والتحليل البولية منه هذا التوجيه اذ قد استنبط
منها ان بول الاطفال المصابة بالراشيتيم لا يندر ان يكون محتوي على كمية
عظيمة من الحمض اللبنى وعلى كمية عظيمة من فوسفات الكلس بقدر أربع
مرات أو خمس زيادة عن بول الاطفال السليمين كما دلت فحارب المعلم

في هذا ايضا انه يعطى مقدار صغيرة جدا من الفوسفور مع التماذى زمنًا
طويلا و امتناع تعاطى الكامن يحصل الراشيتسم واستنتج من هذا الاثر
ان حص البوليك أو غيره من المواد أو بعض الجواهر الغير المعلومة
يحدث هذه النتيجة عينها ان هذا المرض يعد من أمراض الطفولية بل انه
قد يحصل في اثناء الحياة الرعية فقيود جذ متقدما جدا عند الولادة (وهذا
ما يسمى بالراشيتسم الجنيني أو الراشيتسم الخلقى) والغالب حصول هذا
المرض في الزمن الذي فيه يستعاض الغذاء اللبنى الجيد بغيره آخر أقل جودة
منه أو الذي فيه يكون لبن الام المعطى للطفل غير جيد باستمرار الارضاع
زمنًا طويلا وحينئذ يكون حصوله نادرا في الاشهر الاول من زمن الرضاعة
وكثيرا في الاشهر الاخيرة منها ومن النادر جدا حصوله بعد السنة
الثالثة وأما حصوله بعد السنة الخامسة فيعد من النوادر العظيمة ومع
ذلك فتوجد أحوال يستدل بها على حصوله قرب البلوغ أو بعده لكنه
لا يتعدى مطلقا في حصوله زمن تمام الهيكل العظمى والاستعداد للراشيتسم
قد يكون وراثيا في بعض العائلات ومع ذلك فكل من الداء الزهري البنى
والسل الرئوى بل وكثير من الامراض المختلفة وكذا تقدم سن الابوين
قد يكون يتبعوا لحصول هذا الداء عند الاطفال والغذاء الغير الجيد لهم
هو ولا بد السبب المتم للراشيتسم ولذا لا يشك في ان النزلات المعوية
المعوية الناشئة عن التغذية الغير الجيدة من الاسباب المعينة على حصوله
ولو اننا لانعترف كل الاعتراف ان هذا الغاية تتج عن كثرة تولد حص
البنيك وامتصاصه فان حصول هذا الداء عند الاطفال الجيدى التغذية
وغير الموجود عندهم اضطرابات هضمية مما يدل على انه يوجد خلاف
الاسباب المثمة السابق ذكرها أسباب أخرى متممة أيضا لحصول
الراشيتسم كالسكنى في الاماكن الرطبة والملابس الغير الجيدة والهوا غير
الجيد بسبب التراكم العظيم ولذا ان هذا الداء يكثر حصوله جدا في الجهات
المسكونة بالفقراء من المدن العظيمة زيادة عن الخوان

(الصفات التشريحية)

قد نحن المعلم ورجوف التعريف الراشيتسمية التي تحصل في العظام يف

الانتهائية للعظام في اندامها الراسية بالكمية الاتية وهي أولا فان خط
 التعظم في اطراف العظام واستطالة خط التعضيق ثانياً انشد ان جوف
 القنطرة النخاعية زبادة عن خط التعظم مع استمرار نمو العظام في
 ثالثاً تكون مسافات نخاعية ذات الياف ووجود محال خالية من التراكبات
 الكلية فيها واما التغيرات التي تحصل في سمحاق النظام المصاحبة بالراشيتيم
 فهي اولاً عبارة عن زيادة سمك هذا السمحاق وعضامته مع بقاء استمرار
 جوهره الشبكي الخلالي وثانياً عدم حصول التعظم في جوهره الشبكي
 وثالثاً تكون غضروف في الحالات العظمية نفسها

ثم ان الهيضة العظمية للعظام المتريها الراشيتيم وانتفاخ الاطراف
 العظمية بوجهان بسهولة بنمو وانتفاخ السمحاق العظمي وغضاريق
 الاطراف العظمية وحصول هذه الاطراف حاصلها انتفاخ مع عدم
 استطالتها انما ينتج بعاملين وروجوف من كون نموها وعضامتها لا يحصلان
 بالعرض بل ينتج عن كون الطبقة الواقعة في النخاع من الغضروف
 الانتهاء تندفع الى الجانبين بسبب الضغط الواقع عليها والجذب العضلي
 واما عوجاج العظام الراشيتيم فانما ينتج عن تقوّمها وانحنائها وذلك
 يحصل بكثرة في الاطراف العظمية وفي متصل الغضاريق بالعظام وفي جسم
 العظام ايضاً في العظام الطويلة يظهر ان الانحناءات العظمية قربة من
 جسم العظم وفي كثير من الاحوال يظهر الصدر متقرباً من الجانبين
 وقد يصل ذلك الى درجة بحيث يصير مقعر ابدلاً عن تحدبه من الظاهر وتوجه
 هذه الظاهرة بتناقض مقاومة الاضلاع المرنة بالنسبة لانحنائها بالعضلات
 الشهيقية وباضغط الظاهر ومع ذلك يحصل بروز في القص من وكثرة يعده
 عن العمود الفقري وهذا ما يسمى بضرد الدجاجة بتناقض مقاومة بعض
 الفقرات تحصل تقوسات في العمود الفقري اما الى الخارج او الى الداخل
 وكذا يحصل في انحناء العظام الخوضمية في مجال اتصالها بشوّهات
 عظيمة في شكل الخوض مهمة بالنسبة لفن القبالة واكثرها حصولاً
 الشكل الراشيتيم للحوض المحبوب بقصر في القطر المقدم الخلفي او
 الجانبين وفي احوال الانحناءات العظمية تكون العظام مقوسة في السطح

المحسب منها وأما في سطحها المعتبر فتكون زاوية والانداء الخاضعية للعظم
 المنحني تكون ضيقة في محل الالتحاء كالريشة المنحنية ثم تتسديما بعد بتكون
 الدشيد وكذا لا يندر حصول كسور تامة في العظام المصابة وأما الاطراف
 العظمية فإن بقاءها متصلة بالعظام انما يوجه بعظم صلابة السمحاق المنتفخ
 انتفاخا مرصيا وكذا العظام الجمجمة يكون العظم في حافاتهما بغير شئ ولذا
 ان اليوافج العظيمة التي تسد عادة في انتهاء السنة الاولى وابتداء الثانية
 توجد غير منسدة في السنة الثانية بل والثالثة كما انها تكون عظيمة جدا في
 احوال الاستسقاء الدماغى وأما عظام الوجه فانها تبقى صغيرة ولذا لا يكون
 بين اتساعه تناسب مع حجم الجمجمة ومن المهم معرفته رقة العظام المؤخرة
 التي شرحها ابتداء الزنير وكذا رقة الاجزاء الخلفية من العظمين الجدارين
 (و يعبر عنه بضمور الجمجمة الخلقى) وهذه الظاهرة من العلامات
 الاليتسداية للراشيتسم عند الرضع وتنتشأ عن تأثير الضغط الواقع على
 القحف من دوى من الدماغ من جهة ومن الوضائف من جهة أخرى بسبب كثرة
 استلقائهم على الظهر وتحصل هذه الظاهرة غيبتها في الفك السفلى بحيث
 كثير اما تنقب جدر الاسنخ المقدمة بواسطة اسنان اللبن فان أخذ داء
 الراشيتسم في الشفا زال انتفاخ الاطراف المصلية وصارت العظام الرقيقة
 صلبة يدحجة بواسطة التراكمات الكلسية فيها وتغظمها وأما تقوسات
 الاطراف فلا يحصل فيها الاتعادل قليل بحيث انه في الاحوال المتقدمة
 من هذا المرض تستمر التشوهات ولو انما تختفي قليلا فيما بعد عقب تحسين
 التغذية وتكون طبقة شحمية سمكية أسفل الجلسد وأما نظم التولدات
 المزروعية للاطراف العظمية فانه يحصل بسرعة حصولا تاما عقب شفاء
 هذا المرض وذلك ما يعوق نمو العظام طولا ولذا ان الاشخاص الذين اعتراهم
 داء الراشيتسم الممتد جدا يكونون صغار الجسم بل قد يكونون ضئيلى الجسم
 واما ان كان بعض العظام مصابا دون غيره فتشأ عن ذلك تشوه وعدم تناسب
 في الاعضاء عقب الشفاء بسبب اختلاف النمو فيها والمهم جدا بالنسبة لجسم
 الشخص ليس قعره ولا تقوس الاطراف بل هو الخناء العاود والفقرى
 والصدر والجوف وحيث ان كلا من التداريز واليوافج الجمجمة يبقى

مفتوح بحيث يزداد متسع حتى يف الججمة فالذماغ دون باقي الاعضاء
يصل حجمه الطبيعي أو يتجاوز عقب حصول احتقان تابسي فيه
أو استسقاء ولا انه يشاهد عند الاطفال الذين يصابون بالراشيتسم بسرعة
تشوه عظيم وهو عبارة عن ازدياد في حجم الججمة مع صغر في متسع الوجه
ومشور في الجسم

الاعراض والسير

الاعراض الخاصة بداء الراشيتسم تكاد تسبق دائما في ظهور هذا المرض
في الاشهر الاول من الحياة باضطرابات هضمية وتكونات حضية معدية
وظواهر نزلية معدية معوية مع استفرغات سفلية مخضرة في الابتداء ثم
تصير مائية غزيرة بحيث يسوغ ولا بد اعتبار هذا الشكل من النزلة المعدية
المعوية المزمنة المعروف بالاسهال الطفلي من العلامات السابقة للراشيتسم
بل وقد ذكرنا فيما تقدم طبقة البعض النظر في المعلوم عليهم ان
التكون الحمضي المعدى غير الطبيعي يعتبر ينبوعا لهذا الداء والمرض
الاول الذي يطرأ بعد الاسهال هو زيادة الحساسية في الاطراف التي تبضح
عند احداث حركات متعددة أو قاصرة بل وعند الضغط الظاهري وهذه
الظاهرة تسبب ولا بد لتبرج السهل في التكون الوعائي فيه وقد شرح المعلم
استيل حالة الاطفال المصابة بهذا الداء شرعا جيدا فقال ان مثل هؤلاء
الاطفال يفقدون الرغبة في الحركات الارادية ويبقون في حالة استلقاء
واطرافهم الدقيقة منبسطة وعند تحريكهم أو تقلبهم من محل الى
آخر يصيحون وينظم لتلك الظواهر اتفاخ في الاطراف العظمية ويتضح
ذلك خصوصا في المفاصل غير المغطاة باجزاء رخوة سمكة كالركبتين
والمرقنين البارزين في الحالة الطبيعية بمعنى ان الاتفاخ يكون واضحا في
طرف السكبرة والزند والقصبية والشظية وفي محل اتصال الاضلاع
بالغضاريف وثمن الاطراف العظمية يعقبه تضيق في الخط المفصلي لفصل
اليد والقدم وان اتضح الراشيتسم في الزمن الذي فيه لم تكن الاطفال
قد ابتدأت في المشي أو صار منعها عنه عند اصابتها بقيت معانة عن حصول
تقوسات عظمية ومن ذلك يستنتج ان انحناء العظام الراشيتسمية انما ينشأ عن

الضغط الواقع عليهما من الجسم أو من جذب العضلات وأن لم تتمتع الاطفال
من المشي حصلت الانحناءات العظمية فتكتسب هيئة شبيهة بالسيف وأما
الاطفال الذين يرتكنون على الركبتين أو يزحفون على الارض فان انحناء
العظام فيهم يحصل في اتجاه مضاف لذلك مع اتجاه الركبتين الى الانسية وكذا
الزحف على الارض الذي يحتاج للارتكان على اليدين والذراعين قد ينتج
عنه انحناء في الاطراف العليا وأما ككساب الصدر شكل مشابه لصدر
الذباجة فقد سبق توضيحه والاطفال التي تصاب في السنة الاولى من الحياة
بالراشيتسم هي التي يتضح فيها الضمور الجمعي وفي هذه الحالة يصير
العمود رقيقا في قوام ككقوام الرق عند الضغط عليه وقد يضر
الجوهر العظمي بالكليية بحيث إن الام الجافية تلامس الصفاق العظمي
وأما تحريك الرأس بحركة استدارية وخفة الشعر في الجهة القمجدوية من
الرأس والنوم المضطرب ونوب تشنج التمرار والتشنجات العمومية وغير هاهن
ظواهر اضطراب الوظائف الدمغية التي تشاهد بكثرة عند الاطفال
من المشكوك فيه ان كانت تلك الظواهر ناتجة عن ضمور الجوهر العظمي
الجمعي أو تعتبر من الظواهر المضاعفة لها والضغط الخفيف على الاجزاء
اللينة من الدماغ يحميها اغلب الاطفال لكنه يحدث عند بعضهم نوبا
تشنجية ولتذكر ايضا ان التزلات الشعبية الزمنة من المضاعفات الكثيرة
للراشيتسم في السنين الاول من الحياة بحيث ان فقدوها يعتبر من
لاستثنائات الانسان بتأخر ظهورها ان ظهر هذا المرض قبل التسنين
وغالبا يكون ظهورها ليس بانتظام وكبراماة في عليهم السنة الاولى قبل
ظهور الزوج الاول من الاسنان وبالجملة فنبه على ان الوظائف العقلية
عند الاطفال المضابة بالراشيتسم لا يعترها تغير بل يقال عموما ان عقلاتهم
اجود من غيرهم ثم ان الراشيتسم مرض مزمن فيمتد بحلة أشهر بل
سنين وفي الغالب يشاهد في سيرة تغيرات عديدة بحيث انه بعد حصول
التحسين في الحالة العامة للاطفال تطرأ اضطرابات هضمية ثانيا ويعود
الاسهال وتزداد الحفاة وزداد أيضا تنفخ البطن الطبل ويتضح خصوصا
معددة الاطراف وانخفاض الصدر ولا ينسدر حصول جرعات حمية في اثناء

سبب هذا المرض يحصل منها عن الإسهال والعرق الغزير الانتباه المحزون مع
 الشهوك وزيادة من ذلك يحصل مضاعفات أخرى هلكة من جهة الأعضاء
 الصدرية كالالتهابات الشعبية والمحبوط الرئوي والالتهابات الشعبية الرئوية
 وهذه تكون كثيرة الخطر بسبب عدم تمام غموا التجويف الصدري وقد يحصل
 الموت عقب اضطرابات دماغية ثقيلة كالنشجات الاكلية منسية وان حصل
 الانتباه بالشفاء كما هو الغالب زالت الاضطرابات الحسية وازداد غموا الجسم
 وتقرطع البطن وتقدم غموا الاسنك وزالت رخاوة العظام بل تكتسب
 صلابة عظيمة ثم ان الصفة المرضية لراشيتهم تختلف كثيرا متى
 أصاب هذا المرض طفلا بعد السنة الثانية من الحياة فانه عندهم لا تسبق
 اهرام التلات المعدية والتعاقة العامة ظهور هذا المرض فالامثال
 يوجد عندهم حالة هضم طبيعية وتكون جيدة التغذية كما وانه يفقد عندهم
 الإحساس بالتألم الذي يحصل من الحركات المتعدية والاصرة وانما عند المشي
 بدون احتراس يشكون بالآلم ويتعبون بسرعة كما وانه عند الاطفال الذين
 يصابون بهذا الداء بعد السنة الثانية او الثالثة تبقى الأضلاع والفقرات مصانة
 غالباً ويكون التشوه عندهم قاصراً على الأطراف فيحصل فيها الخناة وتغوس
 لا يكون انحناءها على الدوام واحداً فتارة يكون انحناء العظام عبارة عن
 ازدیاد في انحنائها الطبيعي وتارة يكون انحناءها في انحناء آخر ولا يمكن
 توجيه ذلك ولا يندران يعني الفخذان نحو الوحشية والساقيان نحو الانسية
 ويكون مشي الاطفال غير أكيد مضطربا وفاليا بمعنى زمن طويل الى
 ان يمتد هذا الداء الى جميع عظام الهيكل وبشاهد بكثرته ان حصول هذا
 الامتداد يكون بكيفية منتظمة فتصاب الساقيان أولا ثم الفخذان ثم
 الساعدان ثم العضدان ثم عظام الجذع ويستمر انحناء الأطراف السفلى
 ولو كان زوال هذا المرض سر يعاوى الاحوال الثقيلة تستمر تلك الانحناءات
 والتشوهات وبها يحصل اضطراب عظيم في باقى الوظائف وفي بعض الاحوال
 الخفيفة من هذا الداء يبقى التشویر المرضي قاصراً على بعض عظام الجسم
 والصدر والأطراف العليا والسفلى ونحو ذلك بل ان تغيرات الشكل الخفيفة
 في الهيكل لا يندران تزول بشمو العظام ثانيا

في المعالجة

قد اتفق اغلب المؤلفين على ان الاحترام المهم في معالجة هذا الداء سواء كان بالنسبة لتجنب حصوله أو شفائه هو تنظيم التدبير الغذائي فالاطفال الرضع ينبغي تغذيتهم الى التسنين الاول اعني الى الشهر السادس تقريرا بلبن الام الجيدة ويعطى لهم بعد هذا الزمن امراقي جيدة أو الببيض الطري أو اللحم المشوي قليلا أو النخالة أو المطبوخ بالهوننا ولا ينبغي ان تجاوز الرضاعة من لبن الام زيادة عن تسعة اشهر الى سنة كاملة وأما في الاحوال التي فيها لا يتيسر وجود لبن ام أو مرضعة ينبغي ولا بد اعطاء جوهر غذائي يحل محله لكن اتخايب الجوهر الغذائي المذكور ليس مثقفا عليه فبعض الاطباء يفضل لبن الابقار المضاف اليه الماء وقليل من المانيز بالاجل ازالة حمضه وبعضهم يفضل الدقيق اللين للعلم لستل والبعض الآخر يفضل شوربة المعلى لبيع وغيرهم يفضل اللبن المركز بالضغط وهذا الاختلاف في تفضيل احدي هذه الوسائط الغذائية عن الاخرى يدل ولا بد على ان كلامها غير مطرد الافضلية دائما بل الذي يجب هو عدم الاستمرار على استعمال احدها دون الاخرى بل بصير الانتقال لجوهر غذائي آخر متى ابي الطفل قبول الاول وقد اثبت العلم بدهرت ان الجبنين المتحصل من لبن الام يختلف في تركيبه الكيماوي عن المتحصل من لبن الابقار وامتنع من ذلك ان هنالك فرقا عظيما بين لبن الامهات والابقار وان هذا الاختلاف يجرى تخفيفه بالماء لابعوض الاول وقد اختار المعلى المذكور تبعا لتجاربه ان الوسيلة الغذائية الجيدة المعوضة للبن الامهات هي المخلوط القشلي المتحصل من ثمن لتر من القشطة الحسنة وثلاثة اثمان من الماء المعلى وخمسة عشر حراما من سكر الابن ففي هذا المخلوط توجد كمية كافية من مواد دهنية واملاح وسكر ولا يوجد فيه من الجبنين الاجزاء قليل اعني واحد في المائة وهذا المقدار هو الذي يمكن هضم معدة الاطفال له في الحالة الطبيعية فيبتدأ دائما بهذا المخلوط ثم يعوض بمخلوط غيره متى ازداد احتياج الطفل لقوة التغذية فيضاف للمخلوط الثاني زيادة عما في الاول جزء من ١٦ من لتر من لبن وفي المخلوط الثالث جزء من ٨

من التبر في الرابع جزء من ٤ من التبر في الخامس ٣ من ٨ من التبر واما
 المخلوط السادس وهو الأكثر تركا فانه يحتوي على ١ من ٣ من التبر
 و ١ من ٤ من الماء و ١٠٠ جرام من سكر اللبن

ومن المهم جدا في معالجة الراشئين مضاربة الاضطرابات المعدية المعوية
 التي تسبق ظهور التغيرات العظيمة غالباً بل على رأى أكثر من المؤلفين ان
 بينها وبين السبب الاصلى لهذا المرض ارتباطا عظيما حيث يقال ان
 سبب هذا المرض هو ازدياد التسكون الجضى في الاعضاء الهضمية ومع
 هذا كله فحيل معالجة التزلات المعدية على ما ذكرناه في الجزء الاول
 وقد الماده الكسبية في الجوهر العظمى الجديد التكوين عند الاطفال
 المصابين بالراشئين ادى لاستعمال الكسكس من الباطن بقصد مساعدة
 اتمام التعظم ولذا يعطى مثل هؤلاء الاطفال كبرونات الكسكس أو فاء الكسكس
 (بقدر معلقة شاي أو شوربة) بجملة مرات في اليوم مع اللبن لاجل عدم انتشار
 حمض الكبرونيك في المعاء لسكن لا يمكن اعتبار الكسكس دواء لا واسطيا
 الا في الحالة التي فيها يعتبر نقص الكسكس سببا اصليا لهذا الداء وذلك
 لاجبوز القول به ومع هذا فلا بد من اعطائه ولو يقصد تعادل الحوامض
 المحتوية عليها المعدة والمعاء وفي جميع الاحوال التي لا توجد فيها
 مضاعفات مهمة تتمتع من استعمال الادوية المعوية ينسفي ولا بد الايحاء
 باستعمالها فيعطى مثل هؤلاء الاطفال مركب حديدى خفيف ولو مع
 وجود اسهال قليل مع اعطائهم ملاءق قليلة من النيسيد الطيف كنيبيد
 التوكبرين والبرجونين ولا سيما من زيت السمك الممدوح بكثرة في هذا
 المرض ويعطى منه معلقة شاي أو شوربة مرة أو مرتين في اليوم ما لم تمنع من
 استعماله حالة المعدة وكذا الحمامات الفائرة البسيطة أو البخنة لها تأثير جيد
 في سير هذا المرض فينبغى الاجتهاد في استعمالها ونحن نستعمل زيادة عن
 ذلك بكثرة في مثل هذه الاحوال الحمامات الحديدية الصناعية مع مضغوط
 في كبرونات الصودا وتحت ترات البرموت لاجل انقاف الاسهال وتعادل
 الحوامض المعدية

واما المعالجة العرضية فغايتهما حفظ الاطفال من تقوس عظامهم وتعديل

ما تشاء من التقوسات فالقاية الاولى الحصول عليها سول والوسائط التي
ينال بها ذلك عبارة عن صيانة العظام اللينة القليلة المقاومة من ضغط الجسم
الواقع عليها ومن جذب العضلات والمؤثرات الظاهرية كما ذكرناه في الكلام
على الحشاء العظام وتقوسها فالاطفال المصابون بالراشيتس لا ينبغي نومهم
على اسرة مرنية بل على مراتب فياص لينة يقطع النظر عن حشو هابل
المهم في ذلك كونها محشوة حشوا جيدا وسطحها مستويا وينبغي منع ذلك
تجنب الوسائد المرتفعة ومن المهم جدا في الفصل المعتدل ارسال الاطفال
للايضا في الهواء المطلق والاجوايد ان يكونوا مطروحين في فراشهم المسطح
المبطنة جيدا مع احتساب جلوسهم في الفراش زناطو بلاحتي تتصلب
عظامهم ولا سيما منعهم بالكلية من الاجتهاد في توقيفهم على الاقدام
او منسبهم وان حصلت منع ذلك تقوسات في العظام وجب ارسالهم الى
الاماكن المأهولة لتعديل العظام المستعمل فيها جميع الطرق اللازمة لذلك
والتي فيها يلتفت بالخصوص لرعاية حالة البنية العامة

﴿ البحث السادس في لين العظام ﴾

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

هذا الداء عبارة عن لين يعتري العظام بعد تصلبها لان الاملاح
العظمية التي تكسب العظام صلابتها تغل وتمتن ومن هذا التمرين
يتضع فمير لين العظام عن الراشيتس الذي فيه لا تزول الاملاح العظمية من
العظام بل يمتنع تراكمها في الاجزاء الضروقية والسوء مراقبة من العظام
(حينئذ يسوغ تعريب الراشيتس بوقوف تصاب العظام عكسا
لبنيتها) والاسباب الاساسية لانحلال الاملاح العظمية وانتمصامها
في هذا الداء غير واضحة والنظريات القائلة بان السبب في ذلك هو ظهور
املاح سائلة في النخاع العظمي بها تنحل الاملاح المذكورة فنقول بها
من كثيره من المؤلفين فعلى ذلك يكون احتقان العظام المصاحب لهذا الداء
هو السبب في تزايد التمسكون الجسمي في النخاع العظمي كما يحصل ذلك
في جوهر العظام المشابه للنخاع العظمي حيث انه فيه ينشأ عن الاحوال
التمهية حوامض عضوية بكمية عظيمة ولا سيما ان كثيرا من المؤلفين وجد

الجنس البشري في العظام فعلى ذلك يقال ان بناء غيره من عمل الاملاح الكلسية
وتدو بومع ذلك فبعض المؤلفين يشكرو بوجود هذا الجنس في العظام
دائما ورأى ورخوف القائل بان اين العظام من الجائز ان يتكون من
نوع الالتهابان الجوهرية التي فيها لا يحصل نضج خلاقي بل ان الاضطرابات
العدائية الالتهابية تحصل في نفس العناصر الاصلية المعكونة للعضو
يظهر انه قريب من العقل ومما يرثكن اليه في ذلك ثلاثي العظام اللينة
واضعلا لها هشا شها وحالتها الاسفنجية الخلائية المشابهة للتغيرات التي
تحصل في العظام عند التهابها وكثرة وقوع هذا الداء في النفاس وابتدائه
عقب الوضع بالحوض وكذا الام الشديدة التي يصطبغ بها اين العظام
ولين العظام حر من نادر جدا فلا يشاهد بكثرة الا في بعض البقاع ونوح
بالخصوص في النساء واسبابه التهمة مجهولة والمما الذي تعلمه ان علامته
الابتدائية تكون بعد النفاس بحيث ان كلام الحمل والنفاس يعتبر
من اسباب هذا المرض ولا يكاد يشاهد في الاطفال الى سن الخمس
عشرة سنة واكثر مشاهدته ما بين الخمس والاشهرين الى الاربعين
سنة واما الاحوال التي شوهدت عند المتقدمين في السن فيسلك في كونها من
قبيل هذا الداء او من ضمور العظام الشيخوخى

(العاهات التشريحية)

العظام اللينة تظهر في الادوار الابتدائية لهذا المرض محتقنة والسمحاق
كثير الدم والادوية النافذة في العظام ممتدة محتلبة بالدم وكذا
النضج العظمي يكون كثير الاحتقان بل كدميا والظام نصير كثيرة
الحشاشه والمسام بسبب تلاشي الاملاح الكلسية والحواجر الخلائية تتلاشى
في الجوهر الاسفنجي وحينئذ تختلط المسافات الخلوية النخاعية ببعضها
فتتسع النخاع ويقل النخاعية في العظام الطويلة بل والجوهر القشري
الصلب تعظم فيه القنوان الوعائية وتكون هالات تنعيم لبعضها
فيستحيل هذا الجوهر الى منسوج خلاقي اسفنجي والدرجات المتقدمة
من هذا الداء يكون الجوهر العظمي الرخوالين عبارة عن السمحاق
والنضج مع بقايا عضوية غروية منه والنضج العظمي الذي يكون في

الابتداء كثير الدم الاحمر اذا كن يظهر في الادوار الاخيرة مصفرا كثير
 الشحم ثم يستحيل الى مادة غروية مخاطية وهناك احوال من لين
 العظام يسمى فيها هذا الداء قاصرا على بعض النظام سيما الحوض
 والعمود الفقري وفي احوال اخرى يمتد هذا الداء الى جميع عظام الهيكل
 تقر ييا ومع ذلك لا يكاد يصيب عظام الجمجمة ولا يندر حصول كسور في
 العظام اللينة فينقلها مفاصل كاذبة بسبب عدم تكون الدشبذ وكذا
 تفصل المفاصل في الجذع والاطراف بسبب سهولة تقوس العظام ربما
 تحدث درجة عظيمة من التشوه وكذلك يقل الرأس قد يحصل
 تقوس زاوي في الجزء العنقي من العمود الفقري والانحناء العظيم الذي يحصل
 في الجزء الصدري والاضلاع ينتج عنه تشوه عظيم في هذا التجويف
 بل وتضيق في منسج سطحه ولما الحوض فيكاد يحصل فيه تضيق
 بسبب انضغاطه الجانبي بواسطة ضغط الانحناء بدرجة فيها تسلسل
 الفروع العانية الاستحيائية وتبرز نحو الامام كشكل عرف الديك
 وكذا العظم الهزى قد يحصل فيه تقوس نحو الحوض

الاعراض والسير

اعراض لين العظام الابتدائية هي الالام الثابتة الممزقة التي يجلسها العظام
 المريضة وهذه الالام تلتطف عادة بالاستراحة وتزداد بالحركات والضغط
 الظاهري وقد تكون هذه الالام التي تعتبر عادة روماتيزمية معمومة في
 بعض الاحوال بمعنى مترددة أو متقطعة وقد شوهد في كثير من الاحوال
 ازدياد الاملاح الكلسية في البول الناتج عن انفصال الكلس من العظام
 المريضة وانقضاءه مع البول ومع ذلك فهذا الازدياد ليس من الظواهر
 الدائمة في هذا الداء وحيث ان التغيير المرضي العظمي يقف تارة ويتقدم
 تارة أخرى فن الجائز ان ازدياد هذه الاملاح الفوسفاتية الكلسية في البول
 يكون وقتيا أي في زمن تقدم المرض وقال بعضهم ان هذه الاملاح قد تخرج
 أيضا مع اللعاب والابن وقد ثبت في بعض الاحوال وجود حمض البنريك في
 البول بندرة والمصابون بهذا الداء يصير مشبهم مختلفا ثم فيما بعد تصير كل
 حركة مؤلمة لربما يصح بحث ان اغلبهم يخشى من فراق الفراش وينضم لهذه

الآلام كسور متعددة في العظام ينذر النشامها بدشجد صلب كما وأنه ينضم
لهذه الآلام تقوسات وتشوهات عظمية مختلفة تحصل في الجذع والأطراف
ويكون حصولها من اسباب يادية مختلفة وقد تكون الحالة الغذائية
العامة غير موافقة لحالة الآلام والتشوهات وفي أحوال أخرى تضطرب الحالة
العامة في الابتداء فتسكون هيئة المرضى ضعيفة منهوكة ومن النادر أن
ينتهي لين العظام بالشفاء بل يكاد غالباً يكون ذا سير آخر في التقدم دائماً
ولو أنه يوجد فيه فترات وقوف واضح ومن المعلوم أن كلاً من الحمل والوضع
يحدث تشاقلاً واضعاً في هذا الداء وحصول الموت في غالب الأحوال يكون
بعد جولة سنين مع الانحطاط والهوكة واضطراب في التنفس والدورة وقد
يكون هلاك النساء بعد الوضع المتكرر ووازد ياد صغويته يتقدم هذا الداء
عقب نعل العملية القيصرية

في المعالجة

الوسائل العلاجية النظرية الموصى بها في لين العظام هي حمض الفوسفوريك
وماء الجير وزيت كبدا الموت والمرتبات الحديدية وإن لم تجدد فمعاً عظيماً
في الطب العملي ولذا أننا نقتصر في هذا الداء العديم الشفاء على الوسائل
التدبيرية الصحية وعلى الوسائل المانعة لحصوله واقتداً بحق التأم العظم
كل طبيب يحمل في إيقاظ المرضى المصابين بهذا الداء بأنه مع تكرار الحمل
يزداد تقدم هذا الداء وتتعمر الولادة بالكلية إذ بهذه النصيحة ينسر له التوقى
من وقوع المرضى في الخطر ويحصل على كسب ثمرة النصيحة

إلى هنا انتهى الجزء الثالث من وسائل الابتهاج وبليه الجزء الرابع وأوله
المقالة الرابعة

بيان الخطاء والصواب الواقع في هذا الكتاب

خطاء	صواب	مصحفة	سطر
لدم	الدم	٣	٢١
بنفسه	نفسه	٥٠	١٠
اعلى	على	٥٠	٢٠
المحدود	المحدود	٥١	١٣
البنئية	البنئية	٥١	١٨
الدرجة	لدرجة	٥٣	٩
طول	طويل	٥٣	١٣
واصول	وسول	٥٤	١١
اللى	آلى	٧٥	٦
اطرف	طرف	٩٠	٦
نمباض	انقباض	٩٥	١٥
لمحتوية	المحتوية	٩٥	١٨
امالمعالجة	اما المعالجة	١٠٤	١٨
اعلى ذكر	على ذكر	١٠٥	٢٤
الطيفة	اللطيفة	١٠٦	١٤
ارادوساءم الزنا	أرادوا الزنا	١١٧	١٩
لعموم	العموم	١٢٢	١٤
لالتهابات	الالتهابات	١٣٦	١
كثر	اكثر	١٣٦	٦١
لدورية	الدورية	١٤٧	٢٦
لورم	ورم	١٥٤	٤
لرحم	الرحم	١٥٤	٢٢
(نحناآن	النحناآن	١٥٦	١٣
الورم	دورم	١٦٧	٢١

خطاء	صواب	صفحة	سطر
الرسائل	الوسائل	١٧٤	١١
اقتوصى	قبوصى	١٨٤	١٦
المحرك	المحرك	١٩٨	٢٣
لا اتحادهما	ولا اتحادهما	٢٢٤	٧
السخنة	السخنة	٤١٩	٤
اخرى	اخر وكذا امضاءه	٤٢٠	٩
الخصوص	الخصوص	٤٢٤	١٨
الموان	الموثرات	٤٣٩	١٩
مرض	مرضى	٤٤٨	٢
علامة لهذا وهو التعقيد	من اعراض هذا	٤٤١	١١
للنسيم	للتشجيع	٤٨٩	٢٧
الاستحقاق	الاستحقاق	٥٢٠	١٩
لبنييا	البنييا	٥٧١	١٣
بالفاظ	بالفاظ	٦٦٠	٧
انسكابات	انسكابات	٦٦٨	١٢

